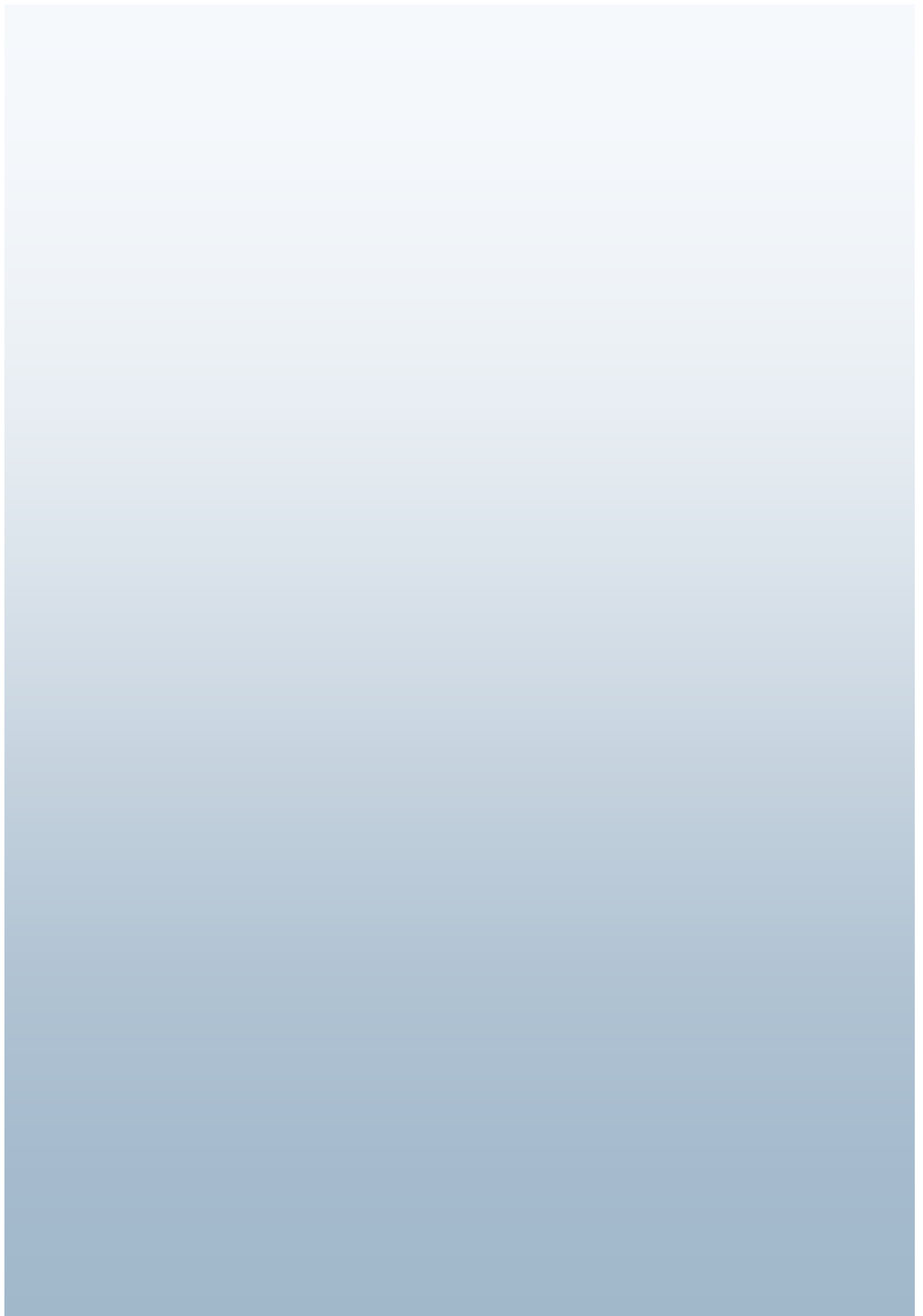


Étude sur les conduites addictives des personnes hébergées en CHRS en Haute-Normandie

*Cette étude a été financée par l'Agence Régionale de Santé
de Haute-Normandie*

Août 2010





**Etude sur les consommations des personnes
hébergées en CHRS
en Haute-Normandie**



Etude financée dans le cadre du PRSP par l'Agence Régionale de la Santé.

Le questionnaire a été conçu par l'ORS en collaboration avec Mme Sérèmes, ARS, Mme Viscart, chef de service à l'abri et Mme Piesen, psychologue à Respire.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les structures CHRS et accueils de jour qui ont complété le questionnaire.

Nous remercions plus spécifiquement les personnes qui nous ont accordé un entretien :

Mme Aïtouiail, éducatrice, CSAPA, l'abri
M. Anne, IRA, OHN
M. Bertrand, responsable, l'Escale
M. Collec, directeur, Adissa
Mme De Saint Jores, directrice, La Boussole
M. Dietsch, éducateur spécialisé, CHRS St Paul
M. Dubois, chef de service, Inser santé
Mme Dutarte, chef de service, IRA, OHN
M. Eyrignoux, chef de service, CHRS Les tilleuls, OHN
Mme Fallet, chef de service, Elbeuf
M. Fantou, chef de service, CHRS Les cèdres femmes, OHN
M. Freyermuth, infirmier psychiatrique, UMAPPP
M. Hawat, médecin alcoologue, CSST, Armée du salut
Mme Gadelle, psychologue, CHRS Le phare, Armée du salut
M. Labbe, IRA, OHN
Mme Lacaille, directrice, Inser santé
M. Lafargue, cadre de santé, EMPP Dieppe
M. Lavenu, infirmier psychiatrique, EMPSM Le Havre
Mme Le Borzec, psychologue, Nautilia et EMPSM
M. Lecroq, chef de service, foyer Abbé Bazire, OHN
M. Levallois, chef de service, CHRS URAS, OHN
M. Martin, directeur, ANPAA Haute-Normandie
M. Muhire, directeur, CHRS Radepont, Armée du salut
M. Nebel, chef de service, CHRS Mazeline, Armée du salut
M. Nzitunga, directeur, CHRS l'abri
M. Ordrenou, directeur, Carrefour des solidarités
Mme Philippe, chef de service, CSAPA La Boussole
Mme Piesen, psychologue, CSST/EMPP Respire
M. Poulain, chef de service, les Cèdres hommes, OHN
Mme Piard, chef de service, CHRS Le Phare, Armée du salut
M. Schmite, directeur, La Chaloupe
Mme Viscart, chef de service, CHRS l'abri
Mme Waché, Alcool info Haute-Normandie.

Réalisation de l'enquête : Magali Flamand, ORS

Sommaire

Contexte	7
Quelques éclairages sur les dispositifs en France	10
1/ Les CHRS.....	10
2/ Les dispositifs de prises en charge des addictions	13
a/ Le dispositif général	13
b/ Le dispositif spécialisé	14
Objectifs et méthode.....	17
1/ Objectifs de l'étude	18
2/ Approche méthodologique	18
3/ Population enquêtée	19
Les CHRS en Haute-Normandie : Implantation et public.....	21
Présentation des CHRS en Haute-Normandie.....	22
1/ Données générales.....	22
2/ Implantation des CHRS dans la région	24
a/ La Seine-Maritime.....	24
b/ L'Eure	26
3/ Missions et fonctionnement	28
a) L'entrée dans la structure	28
b) L'accompagnement.....	28
c) L'entourage	30
d) Les départs	30
Public des CHRS.....	31
1/ Trajectoires.....	31
a) La précarité.....	32
b) La rue, vecteur de conduites addictives et dégradation de la santé	34
2/ Les consommations repérées.....	38
Pratiques professionnelles face aux conduites addictives	41
Le personnel et les autres intervenants.....	42
1/ Données chiffrées.....	42
a/ Personnel dans les CHRS	42
b/ L'équipe et la prise en charge des addictions.....	42
c/ Les consultations spécifiques	44
d/ Autres activités mises en place par les CHRS.....	46
e/ Les actions de préventions collectives	46
2/ Pratiques professionnelles et prises en charge spécifiques	48
a/ La gestion des consommations au sein des CHRS	48
b/ La démarche de soin.....	50
Partenariat.....	54
1/ Les différents partenaires des CHRS	54
2/ Nature du partenariat.....	56
a) Identification des partenariats	57
b) La prise en compte de l'entourage familial dans le dispositif.....	61
c) Les difficultés.....	62
d) Les orientations et la continuité des soins.....	64
Discussion	67

Discussion sur la méthode.....	68
Discussion sur les résultats.....	69
Bibliographie.....	75
Annexe : Questionnaire adressé aux CHRS.....	77

The graphic consists of two vertical bars on the left side of the word 'Contexte'. The first bar is solid blue and shorter. The second bar is taller, has a blue-to-white gradient, and overlaps the top of the first bar. A horizontal bar with a blue-to-white gradient extends to the right from the bottom of the second vertical bar.

Contexte

En Haute-Normandie, dans le cadre de la commission régionale addiction, un groupe de travail « précarité et addictions » a été mis en place. Au cours de ses travaux, il s'est interrogé sur les échanges des pratiques entre les professionnels intervenant auprès des personnes en situation de précarité ayant des problèmes d'addictions.

L'Observatoire Régional de la Santé a été mandaté par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales pour réaliser une étude auprès des CHRS. L'objectif consistait à repérer les besoins spécifiques des populations en situation de précarité dans le but d'adapter les dispositifs existants afin d'assurer une meilleure prise en charge sanitaire et sociale.

Avant d'exposer la méthode d'enquête et l'exploitation des résultats, nous proposons de présenter brièvement les CHRS et les dispositifs qui existent au niveau des prises en charge des personnes ayant des conduites addictives.



Quelques éclairages sur les dispositifs en France

1/ Les CHRS

Les CHRS ont pour vocation en France d'accueillir toute personne en détresse qui correspond aux critères définis par la loi. Face à une demande accrue, certaines personnes sont écartées des dispositifs d'insertion sociale et sont renvoyées vers des dispositifs d'urgence ou caritatifs.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont financés par l'aide sociale qui depuis la loi contre les exclusions de 1998 sont inscrits dans une politique de coordination territoriale dont l'objectif premier est d'aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale.¹ « Les CHRS proposent d'accueillir à la demande les personnes dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale [...] et qui ont besoin d'un soutien matériel, psychologique et, le cas échéant d'une action éducative temporaire ». A priori aucune catégorie de personnes susceptibles d'être bénéficiaires n'est exclue : cela concerne aussi bien les personnes expulsées ou privées de logement, de personnes sortant d'établissements médicaux, sociaux ou pénitentiaires, de réfugiés ou de demandeurs d'asile. Ces centres d'hébergement reçoivent des personnes isolées, des familles avec ou sans enfants ; la population admise peut différer selon les établissements.

Les CHRS sont des dispositifs souvent privés gérés par des associations loi 1901, certains peuvent être des établissements publics gérés par des centres communaux ou des structures départementales. L'association « gestionnaire » peut également développer d'autres activités ne relevant pas du régime des CHRS. La qualité de CHRS est acquise suivant les modalités et conditions prévues par la législation et la réglementation.

La mission première des CHRS consiste à accompagner l'utilisateur vers le logement autonome et un retour au droit commun en proposant sur une durée non limitée dans le temps un hébergement provisoire, sous formes diverses (chambres collectives, chambres individuelles, appartements diffus...).

Depuis 30 ans, les CHRS ont élargi leurs champs d'intervention pour considérer, au-delà des questions de l'hébergement, tous les aspects de la vie quotidienne. L'accueil vise pour les personnes en situation de précarité une adaptation à la vie active (AVA), une insertion sociale et professionnelle.

En 1990, les CHRS interviennent toujours sur le logement, sur l'emploi mais également sur la formation et la santé. La santé a été abordée suite au constat que ce qui tue prématurément les personnes qui vivent dans la précarité ce sont les

¹ Lallemand D., Guide des CHRS, références et évolutions, Paris, ASH, mai 2000

pathologies ordinaires aggravées par le manque ou le retard de soins et l'absence de prévention.

La prévention

La prévention tient une large place dans la lutte contre les dépendances. Les orientations actuelles des plans gouvernementaux tendent à diriger les actions en direction des jeunes pour retarder ou empêcher l'expérimentation des différents produits, mais également en direction des milieux sportifs et du travail. Les associations constituent la majorité des structures à l'initiative d'actions de prévention, devant les services de l'Etat. La plupart de ces actions concernent l'ensemble des produits psychoactifs, et lorsqu'elles sont spécifiques à un produit, la plus grande partie vise l'alcool ou le tabac.²

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions

Le ministre chargé de la santé et des solidarités a fixé des priorités développées dans ce plan et articulées autour de trois axes :

- Organiser la prise en charge hospitalière pour placer le patient au cœur du dispositif, en apportant à la fois une réponse médicale et médico-sociale (consultations d'addictologie, équipes hospitalières de liaison, services d'addictologie, pôles d'addictologie dans les CHU),
- Accompagner la personne ayant une conduite addictive afin d'apporter une aide médico-sociale adaptée (création des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie regroupant les CSST et les CCAA, augmentation des places d'accueil en hébergement, implication de la médecine de ville),
- Mobiliser la communauté scientifique et médicale autour de l'addictologie (former les professionnels à mieux repérer les conduites addictives, développer la recherche en addictologie).

Quelques définitions³

L'addiction

L'addiction se définit par l'impossibilité de contrôler un comportement entraînant la poursuite de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales...). Il existe des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet...) et des addictions aux substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues...) qui se traduisent par l'usage nocif ou la dépendance.

² FNORS. Les addictions dans les régions de France, 2007, voir plan 2007-2011 en Annexe.

³ Pr Olivier Cottencin. <http://w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/discipl/>

La dépendance

Il s'agit de l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Elle associe une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (il faut augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques et psychiques) et par une dépendance psychique qui se traduit par le besoin irréprensible de consommer.

Modèle biologique psychologique et social

Les comportements addictifs ne peuvent se concevoir sous le seul angle du produit mais doivent aussi être considérés sous celui de la personnalité dans son contexte socio-environnemental. Ainsi les facteurs de gravité d'une addiction peuvent être liés au produit, à la personnalité et à l'environnement.

Les facteurs liés à la consommation du produit sont :

- Le type de produit : certains ont un pouvoir addictif plus important que les autres (ex le tabac, l'héroïne et la cocaïne),
- La précocité de la consommation : plus la consommation débute tôt dans la vie, plus le risque de dépendance est élevé surtout si l'usage se répète. De plus, la consommation précoce augmente les complications psychopathologiques et physiques,
- La consommation à visée auto-thérapeutique : la recherche d'un effet anxiolytique, hypnotique, antidépresseur est un facteur de gravité car elle sous-tend l'existence d'un trouble psychiatrique chez le sujet,
- Les modalités de consommation se modifient : régulière, solitaire, intensité augmentée, voie d'administration...
- Les conduites d'excès : recherche d'anesthésie, d'ivresse, de défonce,
- Le cumul des consommations,
- La répétition des consommations à risque.

Les facteurs de risque individuels :

- Génétiques,
- La présence de traits de personnalité : sensibilité aux effets « plaisirs » (recherche de sensations, faible évitement du danger, recherche de nouveautés) et sensibilité aux effets « apaisants » (faible estime de soi, réactions émotionnelles excessives, difficultés relationnelles),
- La présence d'une maladie psychiatrique : troubles des conduites, hyperactivité, troubles de l'humeur, plaintes psychosomatiques, trouble des conduites alimentaires.

Les facteurs de risques environnementaux :

- Facteurs familiaux : fonctionnement, habitudes de consommations,
- Facteurs sociaux : exposition sociale (consommation nationale, par âge, sexe, groupe social) et banalisation, valorisation d'un produit,
- Imitation des copains et des pairs,
- Marginalité.

2/ Les dispositifs de prises en charge des addictions

En France, la prise en charge des addictions est assurée à la fois par le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il s'agit d'accompagnement global de la personne, depuis son accueil, l'évaluation de sa situation, son encadrement thérapeutique, jusqu'à l'insertion sociale.

a/ Le dispositif général⁴

1. Les structures hospitalières

Les structures hospitalières tendent à mettre en place une organisation qui s'appuie sur trois niveaux avec pour objectif de proposer une offre de soins au plus près de la population et ajustée à la complexité des soins parfois requis par un meilleur maillage territorial.

Le niveau de proximité comprend une consultation hospitalière d'addictologie sans hébergement qui regroupe les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance et une équipe hospitalière de liaison entre les différents services et pour l'accueil des usagers de drogue aux urgences.

Le niveau de recours, constitué de services d'hospitalisation, bénéficie de personnels formés à l'addictologie et propose des prises en charge spécifiques. Ils accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation et proposent en complément de la consultation et de l'équipe de liaison du niveau de proximité, un hôpital de jour, des hospitalisations complètes pour un sevrage simple ou complexe.

Le niveau de référence est constitué par des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie.

D'autres services hospitaliers non spécialisés en addictologie tels que les services de psychiatrie participent aux soins délivrés aux personnes toxicomanes.

⁴ MILDT <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/lieux-daccueil/structures-de-prise-en-charge-des-usagers/>

2. Les réseaux ville-hôpital

Ils sont animés par les médecins généralistes, les praticiens hospitaliers et les intervenants en toxicomanie d'une même région et sont chargés d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes. Les pharmaciens libéraux peuvent s'associer à cette démarche.

3. Les médecins généralistes

Ils occupent une place centrale dans la prescription des traitements de substitution. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire en première intention de la Buprénorphine Haut Dosage aux patients dépendants aux opiacés. Ils peuvent également prolonger la prescription de la méthadone après initiation du traitement dans un centre spécialisé (CSAPA), à l'hôpital ou en milieu pénitentiaire.

b/ Le dispositif spécialisé

Les CSAPA

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie regroupent les CSST (Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie) avec ou sans hébergement et des CCAA (Centres de Cure Ambulatoire d'Alcoologie) sous une même dénomination d'addictologie. Chaque CSAPA assure la prise en charge et la réduction des risques soit pour toutes les addictions, ou de façon plus spécialisée pour l'alcool ou pour les drogues illicites.

Les CSAPA ont pour missions :

- l'accueil, de l'intéressé et de son entourage,
- l'information,
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale,
- l'orientation,
- la prise en charge médicale,
- la prise en charge psychologique,
- la prise en charge sociale et éducative,
- la mise en œuvre de mesures de réduction des risques.

Les CSAPA peuvent être des centres de soins sans hébergement ou des centres thérapeutiques résidentiels ou « post cure ». Ces derniers sont adaptés à des personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psychoactives qui nécessitent pour un temps donné un suivi médico-social intensif dans un environnement protecteur et contenant.

Le dispositif de réduction des risques

Il fait partie intégrante des politiques de santé publique dans le domaine des addictions depuis 2004 et des centres d'accueil et d'accompagnement de réduction des risques (CAARUD) ont vu le jour à partir de 2005 apportant ainsi un cadre juridique aux équipes de terrain. Les CAARUD ont pour mission l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers et le développement d'actions de médiation sociale.

Les autres dispositifs

De nombreuses associations jouent un rôle dans le dispositif de lutte contre l'alcoolisme, en particulier l'association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa), qui gère de nombreux CSAPA ainsi que des associations d'entraide, mouvements d'anciens buveurs.

Les appartements thérapeutiques sont destinés aux personnes sevrées ou sous traitement de substitution. Ils permettent à ces personnes de retrouver une plus grande autonomie sanitaire et sociale. Ces dernières sont suivies par du personnel spécialisé. De plus, des réseaux de famille d'accueil qui s'adressent à des anciens consommateurs dépendants ayant besoin d'une rupture avec leur environnement se sont créés, ainsi que des structures d'hébergement de transition ou d'urgences qui s'adressent aux consommateurs dépendants en attente de place en sevrage ou sortis de période de post-cure.



Objectifs et méthode

1/ Objectifs de l'étude

Objectifs généraux

Repérer les besoins spécifiques des populations « en précarité » séjournant en CHRS et adapter les dispositifs existants afin d'assurer une meilleure prise en charge globale sanitaire et sociale.

Objectifs spécifiques

⇒ Identifier les publics (hommes / femmes) hébergés en CHRS en présentant les problèmes liés à l'alcool, aux consommations de drogues illicites, associés ou non à une pathologie psychiatrique. Décrire leurs parcours de soins.

⇒ Identifier les pratiques des professionnels des CHRS en matière de prise en charge des addictions (repérage des consommations / prise en charge/ orientation/ suivi du conjoint...).

⇒ Identifier les difficultés rencontrées par ces professionnels : freins à la prise en charge, besoins de formation....

⇒ Décrire les relais avec lesquels travaillent les professionnels des CHRS en matière de prise en charge des addictions avec les autres partenaires (centres hospitaliers, CSAPA...).

2/ Approche méthodologique

Un questionnaire a été transmis à l'ensemble des CHRS de la région.

Ce dernier comportait des informations essentiellement sur :

- le type d'hébergement et le nombre de places,
- le public accueilli,
- la composition de l'équipe,
- la formation,
- les consultations spécialisées au sein du CHRS,
- les actions proposées au sein ou en dehors du CHRS,

- le partenariat et les orientations.

Afin de compléter ces éléments, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des responsables des CHRS de la région.

Par ailleurs, des professionnels d'autres structures oeuvrant dans le champ des addictions ont également été interviewés dans le but d'appréhender le partenariat et l'organisation de la prise en charge des personnes résidant en CHRS dans une logique de territoire. 26 entretiens distincts ont ainsi été menés dans la région.

3/ Population enquêtée

Phase quantitative

30 CHRS sur les 31 structures recensées en Haute-Normandie ont répondu au questionnaire. Le CHRS Aurore à Evreux n'a pas souhaité participer à l'étude malgré de nombreuses relances.

Les accueils de jour La Chaloupe et l'Escale (dépendant du CCAS de Rouen) ont également participé à ce questionnaire à titre informatif.

Phase qualitative⁵

Pour le volet qualitatif, 13 personnes (chefs de service, directeurs ou éducateurs) ont été interviewées réparties dans les 11 structures suivantes :

- L'Abbé Bazire (Rouen),
- L'URAS (Rouen),
- Les Cèdres femmes (Rouen),
- Les Cèdres hommes (Rouen),
- Les Tilleuls (Grémonville),
- L'Abri (Evreux),
- Le phare (Le Havre),
- CHRS Mazeline (Le Havre),
- Armée du salut (Radepont),
- Résidence des Sources (Rouen),
- L'ASAE (Elbeuf).

Le choix de ces structures a été déterminé selon des critères géographiques et sur le type de public reçu. Notre étude s'intéressant aux conduites addictives et à leur

⁵ 26 entretiens distincts ont été réalisés, 1 entretien a regroupé deux structures : l'abri étant à la fois un CHRS et un CSAPA.

prise en charge, nous avons opté pour rencontrer les professionnels confrontés à ce type de problématique.

16 structures partenaires ont également été interrogées :

- La Boussole (Rouen),
- Le Carrefour des solidarités (Rouen),
- La Chaloupe (Rouen),
- L'Escale (Rouen),
- L'IRA de l'OHN (Rouen),
- Nautilia (Le Havre),
- CSAPA Lamartine (Le Havre),
- Les équipes mobiles de psychiatrie (Evreux, Le Havre, Rouen et Dieppe),
- L'ANPAA (Haute-Normandie),
- Adissa (Eure),
- Alcool info Haute-Normandie (Evreux),
- Inser santé (Seine-Maritime),
- CSAPA l'abri (Evreux).

Le rapport présentera en parallèle les résultats issus de l'exploitation du questionnaire (enquête quantitative) ainsi que ceux relatifs aux entretiens (enquête qualitative).



Les CHRS en Haute-Normandie :

Implantation et public





Présentation des CHRS en Haute-Normandie

1/ Données générales

Les CHRS présentent une grande variété dans leur forme et leurs prestations. D'un côté les CHRS « de nuit » offrant des places d'urgence, gratuits, acceptent quasiment tout le monde et constituent un dernier (ou un premier) recours pour les plus désocialisés ou les personnes en situation irrégulière, mais leurs conditions de confort et de sécurité sont parfois difficiles. De l'autre côté, des petits ou grands centres, plus conviviaux pour certains, proposent des chambres, voire des appartements, où l'on peut demeurer plusieurs mois, souvent avec une participation financière, des conditions restrictives à l'entrée et un accompagnement par des professionnels du social.

31 CHRS existent en Haute-Normandie, dont 24 en Seine-Maritime et 7 dans l'Eure offrant cette diversité de prestations.

Capacité d'accueil des CHRS

On dénombre 406 places disponibles dans l'Eure et 1117 en Seine-Maritime, soit 1523 places en région Haute-Normandie. Le nombre de places s'échelonne de 10 pour le Cobase à Bolbec à 150 places au Havre pour le Phare (Armée du salut).

Par ailleurs, l'accueil d'urgence concerne 18 CHRS dans la région, 15 proposent un accueil de courte durée et la plupart (25/30)⁶, s'inscrivent dans la longue durée.

Parmi les 30 établissements ayant participé à l'enquête 17 structures s'adressent à des mères avec enfants, 14 s'adressent à des femmes seules et le même nombre à des hommes seuls. Les couples sont ciblés par 13 CHRS, 3 structures précisent qu'elles accueillent des couples avec enfants. **(Tableau 1)**. 3 CHRS reçoivent des pères avec enfants, enfin un établissement note qu'il reçoit « tout public », il s'agit d'un accueil de jour.

⁶ Aurore est le seul CHRS à n'avoir pas répondu à l'enquête, la plupart des données seront manquantes pour cet établissement, excepté pour la capacité d'accueil recueillie sur un site internet.

Répartition par âge

Sur les 27 CHRS qui ont répondu à la question sur la répartition par âge, 41,4% des hébergés ont moins de 25 ans. Dans cette proportion sont comptés les enfants accueillis avec leurs parents. 13,9% des résidents ont cependant entre 20 et 24 ans. Cette tranche d'âge est plus importante que celle des 25-29 ans (11,5%).

(Tableau 2)

Les jeunes âgés de 20 à 29 ans représentent un quart des publics hébergés dans les CHRS de la région.⁷ Les 30-39 ans sont ensuite la décennie la plus nombreuse puisqu'ils représentent 17,8% des résidents. Et plus l'âge avance, plus les pourcentages diminuent. Ainsi, les 40-49 ans représentent 15,1% des hébergés et les 50-59 ans 11,0%.

Enfin, même si dans les textes l'accueil des publics en CHRS ne concerne pas les plus de 60 ans, ils sont 3,2% à y résider.

Tableau 1 – Public cible des CHRS de la région

Public cible	Nombre de CHRS
Femmes seules	14
Hommes seuls	14
Couples	13
Couples avec enfants*	3
Mères avec enfants	17
Père avec enfants	3
Tout public avec ou sans enfants	1
Nr	1

* uniquement quand c'est précisé

N=30

Plusieurs réponses possibles

Tableau 2- Répartition par âge des personnes résidant en CHRS en Haute-Normandie

Age	Nb	%
moins de 20 ans	351	27,5%
20 - 24 ans	178	13,9%
25 - 29 ans	147	11,5%
30 - 39 ans	228	17,8%
40 - 49 ans	193	15,1%
50 - 60 ans	140	11,0%
plus de 60 ans	41	3,2%
Total	1278	100,0%

N=27

Nb inconnu=3

⁷ Il s'agit d'une estimation partielle puisque 3 CHRS n'ont pas répondu à la question et Aurore n'est pas du tout comptabilisé, ces résultats excluent donc les réponses de 4 structures.

2/ Implantation des CHRS dans la région

a/ La Seine-Maritime

Rouen

En nombre, la majorité des CHRS se trouvent sur le territoire de Rouen. La ville et son agglomération concentre à elle seule 13 centres d'hébergement, dont 11 implantés dans la ville même.

Parmi ceux-ci, on dénombre un accueil de jour (Epheta), des accueils d'urgence ou de courte durée (Carrefour des solidarités, CAUCD), des accueils d'urgence ou de longue durée (Armée du Salut, CHRS Maladrerie, Résidence des sources), des accueils de longue durée (CAPS, SAAS et l'URAS). Enfin tous les types d'accueil : Abbé Bazire, AARSAID, Les Cèdres hommes et Les Cèdres femmes.

Les accueils à plus long terme sont essentiellement adressés aux hommes. Seuls le CHRS féminin des Cèdres et les établissements de l'ONM (SAAS, Maladrerie) ciblent les femmes avec ou sans enfants.

Ces CHRS sont gérés par différentes associations : l'Oeuvre Hospitalière de Nuit, L'Oeuvre Normande des Mères, L'Armée du salut, l'association St Paul, le Carrefour des solidarités.

Le Havre

Sur le territoire du Havre, l'Armée du Salut a « repris » le CHRS Mazeline, et réorganise sur le territoire « le parcours résidentiel » des personnes sans logement, ainsi les 2 centres d'hébergement à destination des hommes et des femmes existant sur ce territoire dépendent de la même raison sociale et sont situés dans deux lieux différents : le phare, grosse structure, implantée dans le quartier de l'Eure reçoit tout type de publics et Mazeline, ce CHRS qui jusqu'à 2008 recevaient des personnes en faible autonomie, structure plutôt de « bas seuil », s'est transformé en un centre d'hébergement de semi autonomie. Pour les hommes, il n'existe sur ce territoire quasiment que ces deux structures alors que pour le public féminin, l'association femmes et familles en difficultés (AFFD) dispose de 3 centres d'hébergement pour couples, femmes seules ou avec enfants, proposant des accueils d'urgence ou de longue durée.

Dieppe

2 CHRS se situent à Dieppe, l'un est destiné aux hommes, l'autre cible davantage un public féminin. Les deux dépendent de l'Oeuvre Normande des Mères et proposent un accueil d'urgence, de courte et de longue durée.

Grémonville

Le seul CHRS en milieu rural en Seine-Maritime est situé à Grémonville. Celui-ci s'adresse à des hommes seuls et propose différents types d'accueil. Il a des AVA (ateliers ...). Il fait partie de l'OHN et a pour spécificité de proposer des ateliers d'espaces verts qui sont en lien direct avec le milieu rural.

Tableau 3 – CHRIS et capacités d'accueil selon la commune en Seine-Maritime

Seine-Maritime	Accueils	Public	Equipelement	Nb places
Rouen et agglo				
Abbé Bazire (OHN)	Urgence- courte et longue durée	Hommes	Chambres - lits	113
AARSAID	Urgence - courte et longue durée	Femmes avec ou sans enfants, couples	Lits	23
Armée du salut (FADS)	Urgence - longue durée	Hommes, femmes, couples, avec ou sans enfants	Chambres	72
CAPS	Longue durée	Hommes, femmes, couples sans enfants	Appartements	
Carrefour des solidarités	Courte durée	Couples avec ou sans enfants	Appartements	45
CAUCD (ONM)	Urgence - courte durée	Femmes seules avec ou sans enfants	Appartements	45
CHRIS Maladrerie (ONM)	Urgence - longue durée	Femmes seules avec ou sans enfants - couples	Appartements	40
Epheta	Accueil de jour	Tout public		
Les Cèdres Hommes (OHN)	Urgence - courte et longue durée	Hommes	Chambres - lits	107
Les Cèdres Femmes (OHN)	Urgence - courte et longue durée	Femmes seules avec ou sans enfants	Chambres - appartements	80
Résidence des sources (ST Paul)	Urgence - longue durée	Hommes	Chambres	43
SAAS (ONM)	Longue durée	Familles	Appartements	90
URAS (OHN)	Longue durée	Hommes	Chambres	49
Elbeuf				
ASAE Femmes (Cléon)	Urgence - courte et longue durée	Femmes avec ou sans enfants, couples, hommes avec enfants	Appartements	35
ASAE Hommes	Urgence - courte et longue durée	Hommes	Chambres - lits - appartements	14
Le Havre				
Le phare (FADS)	Urgence - courte et longue durée	Hommes, femmes, couples, avec ou sans enfants	Chambres	150
Mazeline (FADS)	Longue durée	Hommes, femmes, couples	Chambres	30
SAUF (AFFD)	Urgence- longue durée	Femmes seules ou avec enfants	Chambres - lits	28
CARFED (AFFD)	Longue durée	Femmes seules ou avec enfants	Chambres - appartements	40
FAMU (AFFD)	Urgence et courte durée	Couples	Chambres	16
Dieppe				
CHRIS Vauban (ONM)	Urgence - Courte et longue durée	Hommes seuls	Chambres - lits	33
CHRIS la passerelle (ONM)	Urgence - Courte et longue durée	Femmes seules ou avec enfants	Chambres	29
Bolbec				
COBASE	Longue durée	Tout public	Appartements	10
Grémonville				
Les tilleuls (OHN)	Urgence - courte et longue durée	Hommes	Chambres	25

Elbeuf et Cléon

L'Accueil solidarité de l'agglomération d'Elbeuf (ASAE) dispose de deux centres d'hébergement. L'un est situé dans la ville même et s'adresse aux hommes seuls pour tout type d'accueils, le second est implanté à Cléon et s'adresse plutôt aux familles.

Bolbec

Le Cobase est situé à Bolbec et s'adresse à tout public en situation précaire.

b/ L'Eure

Evreux

Evreux est la ville de l'Eure où se trouvent 4 CHRS sur les 7 enregistrés dans le département. La Pause, propose des accueils de courte durée pour les femmes avec ou sans enfants. Pour les mères ou les couples avec enfants, l'UDAF offre des appartements pour un suivi de longue durée.

L'abri apparaît plus comme un CHRS traditionnel où les hommes seuls sont accueillis pour une longue durée dans des appartements ou des chambres. Enfin Aurore est un CHRS en foyer ou en hôtel offrant des prestations à tout type de public en situation précaire pour des accueils différenciés.

La Haye Malherbe

L'Association d'aide et de secours d'urgence met à disposition des chambres pour mères et enfants pour une longue durée.

Radepont

L'Armée du Salut dispose d'un château à Radepont, site très rural, pour différents types de public. Cette prestation est en cours de changement puisqu'un déménagement du centre d'hébergement est prévu dans les prochains mois pour Louviers.

Vernon

Alfa est un CHRS longue durée destiné aux mères avec enfants et aux couples.

Tableau 4 – CHRS et capacités d'accueil selon la commune dans l'Eure

Eure	Accueils	Public	Equipement	Nb places
Evreux				
La Pause	Courte durée	Femmes avec ou sans enfants	Appartements	30
L'abri	Longue durée	Hommes	Appartements - chambres	52
Aurore		Tout public	Appartements collectifs	71
UDAF	Longue durée	Mères et couples avec enfants	Appartements	113
Radepont				
Armée du salut	Urgence- courte et longue durée	Hommes seuls, femmes seules, couples, mères av enfants	Chambres - lits- appartements	90
La Haye Malherbe				
Ass Aide et secours d'urgence	Longue durée	Mères avec enfants	Chambres	20
Vernon				
Alfa	Longue durée	Mères avec enfants - couples	Appartements	30

3/ Missions et fonctionnement

En Haute-Normandie, certains professionnels ont été interrogés et se sont exprimés sur leurs différentes missions.

a) L'entrée dans la structure

Les CHRS organisent la vie collective avec un projet d'établissement et effectuent un contrat entre l'usager et la structure.

L'hébergement doit faire l'objet d'une demande ; les personnes concernées peuvent s'adresser directement au CHRS ou y être orientées par un travailleur social.

La plupart du temps, excepté pour les accueils d'urgence, sont réalisés des entretiens pour permettre une entrée dans leur établissement. Généralement les causes de refus d'admission se limitent au fait que les personnes soient sous l'emprise d'addictions et ne sont pas du tout « stabilisées » en termes de comportements ou traitements, de fait, elles peuvent mettre la collectivité ou elles-mêmes en danger.

Pour entrer dans la majorité des CHRS, il n'existe pas de conditions de ressources. Pourtant, certains s'adressent à des publics en semi autonomie et nécessitent obligatoirement une contribution financière pour être hébergés, c'est le cas du centre Mazeline au Havre. La contribution pour l'hébergement est fixée par la préfecture représentant environ un tiers des ressources.

Une fois admise, la personne aura forcément un « contrat d'hébergement », dans celui-ci les exigences sont plus ou moins grandes et adaptées à la personne. Certaines structures se définissent de « bas seuil », c'est-à-dire que les objectifs fixés doivent être à la portée des résidents, il peut s'agir de prendre des repas fixes, d'effectuer des démarches de base ou de ne pas aller en prison.

Des bilans sont effectués dans les structures régulièrement, généralement au bout d'1 mois d'admission, puis 3 et 6 mois. Ceux-ci sont souvent réalisés avec le responsable du centre et permet de faire un point sur l'accompagnement.

b) L'accompagnement

Pendant le séjour, les résidents bénéficient d'aide éducative, d'information et d'accompagnement social pour faire valoir leurs droits potentiels et préparer leur réinsertion.

Au-delà de l'accès au logement, l'accompagnement social vise à « équiper » les personnes afin qu'elles prennent soin d'elles-mêmes et accèdent aux supports sociaux nécessaires. L'accompagnement social est très individualisé. Celui-ci peut porter sur des domaines assez divers : santé, culture, emploi, logement, droits

sociaux... Dans une perspective d'insertion durable, la quête de l'autonomie suppose également que la personne ainsi accompagnée s'inscrive dans un tissu social et accède au droit commun. Les personnes sont associées à toutes les demandes les concernant.

Elles peuvent participer à des activités d'insertion professionnelle et perçoivent alors une rémunération fixée par un décret.

Participation aux frais d'hébergement ou d'entretien

La participation est due à partir du 6^{ème} jour d'accueil. Le montant est fixé par le préfet sur la base d'un barème qui tient compte notamment des ressources de la personne ou de la famille et des dépenses restant à sa charge pendant l'accueil. Un minimum de ressources doit être laissé à sa disposition.

L'insertion professionnelle : les AVA (Ateliers d'adaptation à la vie active) et les chantiers d'insertion permettent d'amener les personnes vers l'emploi. Toutefois, ces outils qui aident véritablement les personnes à se réinsérer : donner un rythme de travail, utilité, rapports sociaux... tendent aujourd'hui à disparaître.

Mais dans de nombreux CHRS, les personnels indiquent que les publics sont très éloignés de l'emploi, et notamment en partie à cause des consommations.

Les autres activités

Les loisirs pour retrouver du goût à la vie, des envies, des désirs. Ainsi, certains CHRS offrent de nombreuses sorties. La culture, le sport, voire des vacances, c'est le cas de l'URAS à Rouen qui avec les activités de loisirs permettent aux personnes très désinsérées de retrouver un désir et même de diminuer leurs consommations d'alcool en reprenant goût à d'autres divertissements et avoir une vie « sociale ».

Mais la plupart du temps, les activités ne sont pas la principale préoccupation des CHRS, intéressés par la recherche d'un logement, d'un travail et d'une meilleure santé⁸.

⁸ La santé étant l'objet d'étude, sera détaillée dans le chapitre suivant.

c/ L'entourage

Que ce soit pour la famille ou pour les amis, beaucoup de centres collectifs limitent leur accueil. Ceux consacrés uniquement à l'hébergement d'urgence ou les accueils de jour ne sont pas concernés par la gestion de la famille, voire des amis. En revanche, les structures qui accueillent des résidents sur du plus long terme peuvent être amenées à les gérer. Tout d'abord, il existe les personnes très isolées qui ne semblent plus avoir de familles, certains CHRS vont consacrer de l'énergie à réinstaurer un lien familial, faire valoir les droits d'un père sur ses enfants par exemple, etc. D'autres établissements peuvent être amenés à gérer des « copains » et là il importe d'établir des limites. Dans tous les CHRS interrogés, il est interdit de recevoir des personnes dans les chambres. Il est possible pour certaines structures d'accueillir des membres de la famille dans une salle (type réfectoire) dans la condition d'avoir demandé l'autorisation à un professionnel au préalable.

d) Les départs

Dans le meilleur des cas, les départs des CHRS sont prévus et décidés à l'initiative des résidents et du personnel. La solution proposée à la sortie idéalement est un logement autonome mais parfois celui-ci ne convient pas à la personne. En effet, sortir de la collectivité et se retrouver seul dans son appartement n'est pas une chose aisée, il importe donc de « socialiser » la personne, ce sentiment de solitude peut être renforcé dans les cas où la personne est abstinente et ainsi coupée de son environnement précédent « les potes qui boivent » mais aussi les bars, les comptoirs, etc. qui développaient une certaine forme de contact.

Des départs vers d'autres CHRS peuvent avoir lieu, certains parce qu'ils correspondent davantage à une étape dans le « parcours résidentiel » et d'autres parce que c'est la seule réponse qui leur est offerte.

Très peu de personnes sont renvoyées des structures ; en revanche, il existe des départs non prévus, à l'initiative du résident lui-même.

Bien évidemment, la prise en charge des personnes au sein des CHRS dépend de la trajectoire des publics, de leurs profils et puis de la pratique des professionnels et des objectifs fixés par les CHRS.



Public des CHRS

Ce présent chapitre expose en premier lieu les trajectoires des personnes hébergées dans les CHRS. En second lieu, des données chiffrées issues du questionnaire porteront sur les consommations repérées par les professionnels au sein de leurs structures.

1/ Trajectoires

Les personnes accueillies en CHRS peuvent présenter différents profils. Certaines se retrouvent sans domicile suite à des mauvaises circonstances qui s'enchaînent telles des ruptures : séparation, perte d'emploi, et c'est la chute infernale vers de grandes difficultés. Pour d'autres, l'inscription à la rue est déjà beaucoup plus ancienne et les parcours en institutions (prisons, CHRS, hôpital...) ponctuent tout simplement une partie de leur vie, ainsi ils sont installés dans la précarité et le rapport à la société s'en trouve différencié. Par ailleurs, les professionnels voient leur public changer au cours des décennies et actuellement, ils constatent davantage de jeunes, voire très jeunes en rupture familiale, scolaire... fréquenter différentes institutions. Ceux-ci connaissent déjà une grande précarité, affective, psychologique, financière....

a) La précarité

Les professionnels interrogés sur les publics accueillis dans les CHRS évoquent tous et très logiquement la précarité. Celle-ci est définie par Wresinski comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». ⁹

En perdant l'une de ces sécurités, les personnes se retrouvent très vite prises dans une spirale les menant à une situation extrême et notamment sans logement.

Cette précarité est d'ordre social, psychologique et physique. Certains ont un parcours institutionnel engendrant des souffrances psychologiques, voire psychiatriques et des consommations addictives.

- **Pauvreté « financière »**

Dans les CHRS, du fait de la perte d'un emploi, d'un logement... les personnes rencontrent la plupart du temps des grandes difficultés financières.

- **Environnement familial et parcours institutionnel**

De nombreuses difficultés relevant des relations familiales ont eu lieu durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte. Certains ont connu le placement par la DDASS en institutions ou en familles d'accueil, ce qui fragilise d'autant plus la personne souvent en carence affective.

Ainsi, les résidents des CHRS apparaissent avec des **parcours chaotiques**.

Tous les professionnels interrogés dans les CHRS expliquent que les résidents peuvent avoir des parcours institutionnels très lourds. « *Il y a une partie de la population pour laquelle le parcours institutionnel aura ponctué une partie de leur existence : parcours ASE, hôpital psychiatrique, prison, CHRS* », note un chef de service.

Pour les jeunes, repérés par les professionnels comme de plus en plus nombreux, il s'agit souvent d'un enchaînement de ruptures. Ils ont vécu un lourd en foyers et des placements par l'ASE (Aide sociale à l'enfance), ils poursuivent leur parcours dans les CHRS puisqu'ils n'ont pas de ressources à leur disposition.

Pour ces derniers, les responsables de CHRS notent des parcours familiaux difficiles, des conflits avec les parents, souvent dans le cadre de familles recomposées, une absence de repères engendrant des ruptures familiales importantes. Ces jeunes sont souvent en échec scolaire et ne s'inscrivent pas dans une dynamique de travail, ainsi les allers retours se font entre les CHRS et le domicile des parents. Parfois les histoires familiales sont extrêmement lourdes, les ruptures ou les deuils sont répétés et ces jeunes se retrouvent dans des situations

⁹ Wresinski M.J., Rapport remis au Conseil Economique et Social, 1987

conflictuelles très importantes soit avec le milieu familial soit avec le milieu institutionnel dans lequel ils ont grandi.

Un chef de service d'une structure destinée aux femmes explique également que parfois des jeunes filles se retrouvent dans l'institution alors que leur mère ou leur grand-mère y a déjà séjourné.

Un directeur d'une association constate depuis 2 ans que les publics les plus en difficulté augmentent, majoritairement un public jeune, voire très jeune avec des enfants de bas âge. C'est d'ailleurs ce qui est noté par 6 autres professionnels interrogés. Les résultats obtenus dans l'enquête quantitative confirment ce sentiment : 41,4% ont moins de 25 ans dans les CHRS de la région¹⁰.

Ces différentes précarités (financières, familiales...) engendrent un **manque de désir**. Quasiment tous les professionnels notent cette spécificité qui fait qu'il est difficile d'accompagner des personnes qui ne se projettent pas dans l'avenir. Un chef de service remarque que « *C'est normal de ne pas avoir de projet quand on arrive, le projet c'est d'être hébergé* ».

- **Difficultés personnelles**

Aux causes structurelles (emploi, logement) et au manque de soutien familial, s'ajoutent des événements personnels qui amplifient forcément les difficultés.

¹⁰ Cf Tableau 5

b) La rue, vecteur de conduites addictives et dégradation de la santé

Les personnes qui vivent depuis longtemps « à la rue » apparaissent vraiment « dégradées ». Beaucoup d'interviewés évoquent le fait que « *ça les a beaucoup abîmées, elles ne savent même plus qu'elles ont un corps* ». Un chef de service d'un foyer pour femmes note également que celles-ci sont dans une précarité psychologique liée à une forte précarité sociale.

1) Les difficultés en santé

D'après une étude sur les SDF usagers des services d'aide¹¹, contrairement à l'état de santé en population générale, chez les personnes sans domicile la proportion jugeant sa santé mauvaise est aussi forte parmi les jeunes que chez les plus âgés. 3 sans-domiciles usagers des services d'aide sur 10 se plaignent de graves troubles du sommeil, soit 10 fois plus que de l'ensemble de la population. Les conditions de vie dans la rue (insécurité, froid...) ou en centre d'hébergement (promiscuité...) expliquent en partie ces problèmes. Certains de ces troubles peuvent être imputés aux circonstances ayant accompagné la perte du logement. Même si certains troubles préexistaient à la perte du domicile, les difficultés de vie les accentuent encore. Près d'un quart des sans-domiciles estime connaître des états dépressifs fréquents ou des dépressions et un sur dix souffre d'une maladie du système nerveux, soit nettement plus que dans l'ensemble de la population.

L'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue et cela quelle que soit la maladie. Ainsi, parmi les personnes ayant passé plus d'une année dans la rue au cours de leur vie, 31% souffrent de dépression.

Si les maladies psychiques peuvent rendre plus difficile l'accès aux services d'hébergement, les conditions de vie dans la rue entraînent aussi une forte souffrance psychologique et compliquent l'accès aux soins et le suivi des traitements. 1/3 des personnes ayant vécu au total plus d'une année dans la rue déclare boire souvent du vin, de la bière ou de l'alcool et parmi ce tiers, la moitié a besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin.

Les hospitalisations sont aussi beaucoup plus fréquentes et sont notamment dues au retard de soins, aux pathologies plus lourdes et aux difficultés financières. En raison de la nature et de la gravité de leurs problèmes de santé, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes, parmi eux, 13% le sont pour des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

¹¹ De La Rochere B. La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide in Santé et recours aux soins des populations vulnérable, Inserm 2005, pp105-116.

2) Les pathologies psychiatriques de plus en plus nombreuses ?

Que ce soit au niveau des personnels des CHRS ou des professionnels interrogés dans d'autres structures, les problématiques psychiatriques sont soulignées par la plupart des professionnels. Celles-ci leur semblent davantage présentes que par le passé et provoquent des difficultés d'accompagnement. Tout d'abord parce que suivre ces personnes nécessite des compétences spécifiques. Mais aussi parce que les professionnels pour un accompagnement « psy » sont souvent saturés et que les moyens manquent.

Une autre problématique concerne le manque de places dans les hôpitaux psychiatriques, ainsi certains patients sortent « prématurément » avec des traitements lourds.

Les populations arrivent pour certaines de manière très « dégradées ».

3) Les parcours de consommations

Les difficultés énoncées entraînent des addictions ou sont-ce les addictions qui conduisent à la rue ?

Force est de constater que l'on peut être consommateur sans pour autant être à la rue. Toutefois, lorsqu'une dépendance à des produits est avérée elle peut engendrer une perte d'emploi, de conjoint, etc. et ainsi avoir des conséquences dramatiques. De même, la rue ou la précarité peut conduire à des consommations qui n'existaient pas auparavant, puisque comme le précise une professionnelle : « l'addiction est une maladie de l'isolement ».

► *Des parcours de consommations ancrés depuis l'adolescence voire l'enfance*

Certains s'inscrivent dans des parcours addictifs depuis l'adolescence, voire l'enfance. Une chef de service donne l'exemple d'un homme de 24 ans qui a 10 ans de toxicomanies derrière lui et « qui a pris sa 1^{ère} cuite à 7 ans ».

► *Des initiations de consommations différentes selon le sexe*

Une éducatrice explique que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes initiations. Les femmes consomment pour faire comme l'homme, pour notamment avoir une complicité avec leur compagnon, alors que celui-ci est davantage dans une expérimentation très précoce.

► *Une consommation différente selon les âges ?*

D'après un professionnel de CSAPA, les jeunes consommeraient différemment que les personnes plus âgées, en effet ceux-ci seraient à la recherche de nouvelles sensations. « L'usage que les jeunes ont de l'alcool ce n'est pas chronique « à la

papa », ce sera le jeudi soir et le Week-end, ils vont boire massivement, on est dans l'alcool défoncé avec des alcools très forts, d'où des sensations très violentes ». Psychiquement, il existe un décalage générationnel, quand on les interroge sur la précarité, ils veulent profiter immédiatement parce qu'après on ne sait pas ce qu'il va se passer ». Ce directeur précise : « *j'ai l'impression qu'il y a une dissolution complète au niveau familial* » ne favorisant pas l'équilibre de ces jeunes.

► **Des non consommateurs qui le deviennent au contact des autres**

Même si dans certains CHRS, il est prêté une attention particulière à la démarche de soins, certains centres sont des accueils de nuit où les personnes dans la journée sont essentiellement dans la rue. Une professionnelle soulève un problème très important en indiquant que certains n'étaient pas consommateurs à leur arrivée dans le CHRS mais le sont devenus en fréquentant ces autres personnes.

► **Des consommations spécifiques pour une logique de territoire**

- Au Havre, il existe une culture de l'alcool, explique un médecin, du fait du port et de la présence des dockers. D'ailleurs tous les ports ont cette spécificité dans ce rapport avec l'alcool, c'est donc également le cas de Dieppe.

- Au niveau de Rouen et son agglomération, le territoire ne semble pas caractérisé davantage par des consommations d'alcool ou de drogues, celles-ci sont toutes mentionnées et bien présentes.

- En milieu rural, dans les deux départements, l'alcool est très présent. Les structures travaillant en campagne le remarquent toutes. Dans l'Eure, un professionnel note que les communes telles que Bernay, Les Andelys sont fortement marquées par la consommation de l'alcool. En revanche, les plus grosses villes telles qu'Evreux affichent davantage de consommations de « drogues ». Il s'étonne par ailleurs de voir arriver dans les campagnes des drogues dures, des jeunes en recherche d'autres substances différentes d'alcool « *c'est inouï en pleine campagne* ».

D'ailleurs, le rapport aux boissons alcoolisées est aussi culturel : une présidente d'une association de l'Eure explique qu'en milieu rural, les gens estiment que le cidre n'est pas de l'alcool.

Les conséquences, une dépendance qui entraîne une marginalisation

Quoiqu'il en soit, les addictions ont pour conséquence d'éloigner les personnes de l'insertion en général voire de la société, et notamment de l'accès au logement pour les personnes résidant en CHRS.

Un professionnel d'un foyer féminin indique que les addictions freinent l'accès au logement sur du moyen ou long terme : « *quand une personne n'est pas capable de rester 1 semaine sans être dans une consommation, sans créer des esclandres,*

ça interpelle beaucoup ». En effet, « les produits inhibent de plein de choses » et désocialise la personne : « *un alcoolo dépendant n'a pas d'horaires, il est toujours réveillé, toujours en manque* », explique un autre professionnel.

Par ailleurs, hormis ces addictions les personnes présentent de plus en plus de troubles psychiatriques : un chef de service d'une structure pour personnes SDF expliquent « *soit elles sont addictées avec des gros problèmes psychiatriques, soit elles n'ont plus de traitement et pètent les plombs, soit elles veulent un traitement mais le prennent d'un coup, et donc elles sont addictées* ». Ces difficultés freinent forcément l'insertion et l'accès au logement même si des « ponts » sont prévus.

Ainsi, « la personne en difficulté avec l'alcool est confrontée au cours de son intoxication à des risques de précarité sociale qui renforcent encore le niveau de gravité de sa dépendance. Il en va de même de la personne en situation d'exclusion sociale, qui peut trouver certaines compensations dans des comportements d'intoxication risquant d'aggraver par la suite ses difficultés ».¹²

Quelles proportions représentent ces consommations au sein des CHRS de la région ?

¹² Facy F., Dally S., Rabaud M. Alcoolisme et précarité in Précarisation, risque et santé, Inserm, Nancy 2001, pp351-363

2/ Les consommations repérées

25 CHRS ont pu estimer les consommations addictives des résidents. 5 CHRS n'ont pas répondu à cette question : les Tilleuls, l'Abbé Bazire, La Pause, Le Carrefour des solidarités, Epheta.

Ainsi, 43,6% des personnes hébergées en CHRS auraient des conduites addictives.

Les consommations des hommes se distinguent très significativement par rapport à celles des femmes.

Dans les CHRS destinés aux hommes seuls, les consommations de produits, tout type confondu, représentent 78,9% de la population accueillie versus 16,0% pour les CHRS qui accueillent des femmes ou des familles (**tableau 5**).

Le tabac

Selon les estimations des professionnels, l'addiction au tabac concernerait 37,8% des résidents de CHRS. Parmi les personnes ayant des conduites addictives, 86,7% fument du tabac (**tableau 6**). Toutefois, cette thématique reste très peu abordée dans les CHRS, en effet, sa consommation n'entraîne pas de problèmes de comportements et celle-ci est licite. Parmi les consommations repérées dans les CHRS qui accueillent des femmes et des enfants, la plupart sont addictées au tabac (72/94, soit 76,6%).

L'alcool

L'addiction à l'alcool, d'après les estimations des professionnels, concernerait 45,2% des personnes observant des conduites addictives et 19,7% des personnes hébergées en CHRS. Ce produit semble davantage concerner les CHRS qui accueillent les hommes seuls (61,7%), que les mixtes (38,6%) ou ceux recevant des femmes et enfants (21,3%).

Les drogues illicites

Les drogues illicites représenteraient 16,4% des conduites addictives des CHRS. Parmi les personnes qui ont des conduites addictives, les CHRS accueillant des hommes seuls affichent 24,3% de ces consommations, 7,2% pour les CHRS recevant des femmes ou des familles et 12,4% pour les CHRS mixtes.

La question formulée dans le questionnaire ne permettait pas de déterminer une différence entre les drogues « dures » ou le cannabis. Nous pouvons supposer que le cannabis est la principale substance consommée parmi les drogues illicites.

Tableau 5 - Consommations estimées dans 25 CHRS de la région selon le sexe (en effectif)

	CHRS hommes	CHRS femmes/ familles	Mixte	Ensemble	% / nb de résidents*
Alcool	145	20	96	261	19,7%
Tabac	223	72	206	501	37,8%
Drogues illicites	57	7	31	95	7,2%
Psychotropes	8	10	19	37	2,8%
Jeux	8	0	6	14	1,1%
Polyconsommations	68	8	41	117	8,8%
Au total nb conduites addictives	235	94	249	578	
% / nb de résidents*	78,9%	16,0%	56,8%	43,6%	

*25 CHRS

Tableau 6- Répartition des conduites addictives en fonction des consommateurs, puis en fonction du nombre de résidents

	% / nb de conduites addictives	% / nb de résidents*
Alcool	45,2%	19,7%
Tabac	86,7%	37,8%
Drogues illicites	16,4%	7,2%
Psychotropes	6,4%	2,8%
Jeux	2,4%	1,1%
Polyconsommations	20,2%	8,8%

*25 CHRS

Tableau 7- Répartition des conduites addictives selon le département

	Eure	Seine-Maritime	Ensemble
Alcool	69	192	261
Tabac	106	395	501
Drogues illicites	27	68	95
Psychotropes	8	29	37
Jeux	4	10	14
Polyconsommations	15	102	117
Au total nb conduites addictives	130	448	578
% / nb de personnes accueillies	45,8%	43,0%	43,6%

N= 25 CHRS

D'ailleurs, le cannabis semble être la substance couramment consommée notamment par les jeunes. Certains professionnels interrogés évoquent le cannabis comme une drogue « banalisée », l'un d'eux indique, en parlant des jeunes, que le cannabis « *c'est leurs cigarettes à eux* ».

Les médicaments

Les psychotropes représentent 6,4% des conduites addictives observées dans les CHRS, ils sont davantage repérés dans les CHRS pour femmes et familles (10,6%), puis les CHRS mixtes (7,6%) et sont moins développés dans les CHRS pour hommes seuls (3,4%). Pourtant, dans la rue, on observe des trafics de médicaments importants.

La coordinatrice d'un petit centre explique qu'il y a beaucoup de vols de médicaments. Par ailleurs, les sortants de l'hôpital psychiatrique qui ont des traitements lourds peuvent les « donner » facilement. Cette indication sur le trafic de médicaments est soulignée par plusieurs professionnels.

Les poly consommations

Un résident sur cinq affichant des conduites addictives serait concerné par les poly-consommations. Celles-ci sont repérées chez les jeunes, mais également chez les sujets âgés.

Les professionnels interviewés notent une augmentation de ces poly consommations.

Autres addictions

Les addictions aux jeux restent minoritaires, 2,4% parmi les conduites addictives repérées dans les établissements. Aucune n'est mentionnée dans les CHRS pour femmes et familles, 3,4% sont repérées dans les CHRS pour hommes seuls et 2,5% dans les structures mixtes.

Ainsi, le rôle des CHRS consiste à permettre aux personnes de se réinsérer ou le cas échéant de maintenir un certain équilibre social. Comment les professionnels procèdent-ils dans ce travail d'accompagnement de ces publics fortement éloignés de l'insertion ?



Pratiques professionnelles face aux conduites addictives



Le personnel et les autres intervenants

1/ Données chiffrées

a/ Personnel dans les CHRS

Au vu d'un remplissage partiel, il a été difficile de détailler de façon exhaustive le nombre exact des différents professionnels employés au sein des CHRS. De manière générale, les profils sont variés : animateurs sociaux, personnels administratifs, maîtresses de maison, moniteurs éducateurs...

4 structures de l'OHN (Œuvre hospitalière de nuit) de Rouen et 2 centres de l'Armée du salut au Havre disposent d'infirmiers au sein même de leur structure.

Les psychologues sont salariés dans 8 établissements. A Rouen, 5 structures en disposent : l'Armée du Salut, Les Cèdres hommes et femmes, la Résidence des sources (St Paul) et l'URAS. Au Havre, le Phare emploie une psychologue, il en est de même pour le CHRS de Radepont et l'association Aide et secours d'urgence à la Haye Malherbe.

Supervision

21 CHRS sur 30 mettent en place une supervision pour leur équipe, s'échelonnant de 1h30 à 6h par mois, avec une majorité comprise entre 2 et 3 heures (14 sur 21). Les supervisions au-delà de 4 heures mensuelles ne concernent que deux structures.

b/ L'équipe et la prise en charge des addictions

Seuls 6 établissements ont au moins un référent en addictologie au sein de leur équipe : ASAE hommes (Elbeuf), CHRS Vauban (Dieppe), le Cobase (Bolbec), l'Abri (Evreux), le Phare (FADS Le Havre), le FADS (Radepont) (**Tableau 8**). Parmi ceux-ci, on compte une auxiliaire puéricultrice, une coordinatrice, un éducateur spécialisé, un moniteur éducateur, une infirmière, une psychologue et un médecin. Pour 3 CHRS sur les 6 concernés, ces référents ont reçu une formation spécifique en addictologie.

Par ailleurs, 15 structures (sur 30) indiquent avoir du personnel expérimenté en addictologie et 19 structures notent avoir d'autres personnels formés en addictologie au sein de leur structure. La fonction des personnels est variée : animateur social, assistante sociale, chef de service ou directeur, coordinateur, éducateur spécialisé, infirmier, psychologue. Ainsi, en croisant ces différentes réponses, 4 CHRS n'ont aucun personnel ni formé ni expérimenté en addictologie.

Tableau 8 - Personnel des CHRS et addictologies

	Personnel référent en conduites addictives	Personnel expérimenté en addicto	Autres personnels formés en addicto
Abbé Bazire (OHN)		oui	oui
AARSAID			oui
Armée du salut (FADS)		oui	
CAPS			oui
Carrefour des solidarités			oui
CAUCD (ONM)		oui	oui
CHRS Maladrerie (ONM)			oui
Epheta		oui	oui
Les Cèdres Hommes (OHN)		oui	oui
Les Cèdres Femmes (OHN)			oui
Résidence des sources (ST Paul)		oui	
SAAS (ONM)			
URAS (OHN)		oui	oui
ASAE Femmes (Cléon)			
ASAE Hommes (Elbeuf)	oui	oui	oui
Le phare (FADS) (Le Havre)	oui	oui	oui
Mazeline (FADS) (Le Havre)		oui	
SAUF (AFFD) (Le Havre)		oui	
CARFED (AFFD) (Le Havre)		oui	
FAMU (AFFD) (Le Havre)			
CHRS Vauban (ONM) -Dieppe	oui	oui	
CHRS la passerelle (ONM) - Dieppe			oui
COBASE - Bolbec	oui		oui
Les tilleuls (OHN) - Grémonville			
La Pause - Evreux			oui
L'abri- Evreux	oui	oui	oui
UDAF - Evreux			oui
Armée du salut - Radepont	oui		
Ass Aide et secours d'urgence- La Haye Malherbe		oui	oui
Alfa - Vernon			oui
Ensemble	6	15	19

3 CHRS sur 30 mettent en place un protocole d'accueil pour les personnes concernées par les conduites addictives et 4 CHRS utilisent des outils de repérages spécifiques pour ces populations.

9 CHRS dans la région bénéficient de consultations médicales au sein même de leur établissement (**tableau 9**). 2 structures ont des vacations médicales. Par ailleurs, 8 CHRS font appel à des interventions extérieures : l'hôpital (CHS, CHU, GHH), médecins du monde, CMP, Respire, la passerelle, l'IRSA.

14 CHRS bénéficient de consultations psychologiques, qu'elles soient effectuées par les salariés de la structure ou par des intervenants extérieurs. Parmi ces derniers, sur Rouen, l'UMAPPP est citée 3 fois, au Havre il s'agit également de l'équipe mobile de psychiatrie (EMPSM), mais également Nautilia et la PASS (Permanence d'accès aux soins santé). A Evreux on cite Respire.

Enfin, les consultations infirmières sont présentes dans 17 CHRS sur 30, facilitant un certain nombre de prises en charge. Parmi ceux-ci, 13 CHRS font appel à des interventions d'autres structures : le CHS du Rouvray, les CMP, service santé de l'OHN, équipes mobiles en psychiatrie, infirmière libérale, PASS, CSAPA, lit halte soin santé.

c/ Les consultations spécifiques

L'alcool

8 CHRS dans la région mettent en place des consultations spécifiques sur l'alcool. Celles-ci sont assurées en partenariat avec le CHU de Rouen, le CSAPA, Inser santé, l'IRA de l'OHN.

Les intervenants exercent en tant qu'infirmier, médecin, éducateur spécialisé, écoutant. Toutes les consultations se font en individuel, et pour un CHRS il est également proposé des consultations en collectivité.

Le tabac

Seuls 2 CHRS proposent des consultations spécifiques sur le tabac, celles-ci sont effectuées par un éducateur spécialisé du service santé de l'OHN et un médecin du CHU de Rouen. Pour l'un, la consultation se fait en individuel, pour l'autre en collectif.

Les drogues illicites

5 CHRS proposent des consultations spécifiques concernant les drogues illicites (l'AARSAID, le CAUCD, Les Cèdres Femmes, La Passerelle et le centre Vauban), dispensées par la Boussole, ou autres CSAPA, l'UMAPPP et l'UMIT ainsi que l'IRA. Dans 4 établissements, ces consultations sont individuelles et pour un autre, elles sont collectives.

12 CHRS établissent une démarche de soin sous forme d'un contrat de soin. Cette démarche de soin se fait le plus souvent à la fois à l'initiative du résident et de l'équipe.

Le nombre de résidents inscrits dans une démarche de soins varie beaucoup en fonction des CHRS.

Tableau 9 - Consultations proposées au sein des CHRS

	Consultations médicales	Consultations psychologiques	Consultations infirmières
Abbé Bazire (OHN)		oui	oui
AARSAID		oui	
Armée du salut (FADS)		oui	
CAPS			
Carrefour des solidarités	oui	oui	oui
CAUCD (ONM)	oui	oui	oui
CHRS Maladrerie (ONM)			
Epheta			
Les Cèdres Hommes (OHN)		oui	oui
Les Cèdres Femmes (OHN)			oui
Résidence des sources (ST Paul)		oui	oui
SAAS (ONM)			
URAS (OHN)	oui	oui	oui
ASAE Femmes (Cléon)			
ASAE Hommes (Elbeuf)	oui		
Le phare (FADS) (Le Havre)		oui	oui
Mazeline (FADS) (Le Havre)	oui	oui	oui
SAUF (AFFD) (Le Havre)			oui
CARFED (AFFD) (Le Havre)			oui
FAMU (AFFD) (Le Havre)	oui	oui	oui
CHRS Vauban (ONM) -Dieppe	oui		oui
CHRS la passerelle (ONM) - Dieppe			oui
COBASE - Bolbec			
Les tilleuls (OHN) - Grémonville			oui
La Pause - Evreux			
L'abri- Evreux		oui	oui
UDAF - Evreux			
Armée du salut - Radepont	oui	oui	
Ass Aide et secours d'urgence- La Haye Malherbe	oui	oui	oui
Alfa - Vernon			
Ensemble	9	14	17

d/ Autres activités mises en place par les CHRS

Afin de permettre aux personnes hébergées de retrouver un peu de désir, de socialisation et d'estime de soi, certains CHRS proposent des activités pour les résidents.

Plus de la moitié des CHRS en Haute-Normandie mettent en place des groupes de paroles : 14 au sein de la structure et 5 à l'extérieur. Les ateliers d'expression collective sont animés par 7 CHRS et 4 les proposent en dehors de l'établissement. Que ce soient pour les ateliers socio-esthétiques ou de nutrition, 7 CHRS les mettent en place à l'intérieur de la structure alors que deux structures les présentent à l'extérieur. 2 CHRS proposent de la sophrologie au sein de leur structure et 1 à l'extérieur. Enfin, 18 établissements animent des sorties en groupe au sein de leur équipe, 7 peuvent également les proposer à l'extérieur (**tableau 10**).

e/ Les actions de préventions collectives

12 CHRS¹³ sur 30 proposent des actions de préventions collectives.

La fréquence de ces actions varie de 0 à 6 au cours des 6 derniers mois. Ainsi, 3 CHRS ont dispensé 3 actions de préventions collectives, 1 CHRS 3, 3 CHRS 2, 2 CHRS 1 seule, pour 1 CHRS aucune action n'a été présentée au cours des 6 derniers mois et 2 CHRS n'ont rien spécifié.

8 structures ont précisé le nombre de bénéficiaires de ces actions, variant de 35 à 4 personnes.

Les problématiques abordées lors de ces actions sont essentiellement l'alcool (6 principalement et 5 partiellement). Le tabac est principalement abordé lors de 3 actions et partiellement au cours de 7 actions. Il en est de même pour les drogues illicites, que ce soit le cannabis ou les autres drogues : 2 actions les ont principalement évoquées et respectivement 8 et 6 partiellement. Les médicaments détournés ont été principalement abordés lors d'une seule action, alors qu'ils ont été partiellement soulignés pour 6 actions. Enfin, d'autres problématiques ont été proposées pour des actions collectives, c'est le cas notamment de l'alimentation (diabète, boulimie) mais également les vaccinations et les dépistages (**tableau 11**). Les petites structures qui ont souvent moins de moyens que les grandes déplorent le fait de ne pouvoir mettre en place des ateliers favorisant le bien-être des résidents.

¹³ Il s'agit de l'AARSAID, Association aide et secours d'urgence, Les Cèdres hommes, Les Cèdres femmes, le centre Vauban, le FAMU, Le FADS (Rouen), L'Abbé Bazire, l'Abri, Le Phare, Le FADS (Radepont), le foyer St Paul.

Tableau 10 – Ateliers proposés par les CHRS

	Au sein du CHRS	A l'extérieur du CHRS
Groupes de parole	14	5
Ateliers d'expression collective	7	4
Ateliers socio-esthétiques	7	2
Ateliers nutrition	7	2
Ateliers de sophrologie	2	1
Sorties en groupe	18	7
Autres	6	1

N=30

Tableau 11 – Problématiques ciblées lors des actions de préventions collectives

	Principalement	Partiellement
Alcool	6	5
Tabac	3	7
Cannabis	2	8
Autres produits illicites	2	6
Médicaments détournés	1	6
Autres	7	

N=30

2/ Pratiques professionnelles et prises en charge spécifiques

Pour les personnes en situation très précaire et depuis très longtemps, leur admission en CHRS n'est pas aisée, il leur reste des structures dites de « bas seuil », c'est-à-dire que ce public est « à la marge » et n'est pas accueilli par tous les CHRS « *les autres structures n'en veulent pas* » explique un directeur de CHRS, bien qu'il soit inscrit dans les missions des CHRS d'accueillir des personnes en urgence. Souvent, on relève un manque de places dans les CHRS mais parce que le turn over est relativement faible. Il semble manquer des passerelles entre certains CHRS. A Rouen par exemple, certains CHRS ne se relaient pas ou n'orientent pas du public les uns vers les autres. Il incombe donc aux professionnels des CHRS de revoir peut-être certaines pratiques.

Par ailleurs, au Havre c'est le manque de réponses pour les hommes seuls qui perdurent puisque hormis le Phare, il n'existe pas d'autres CHRS destinés au public masculin dans l'agglomération. Cette réalité implique au personnel de s'adapter encore davantage au public car aucune autre possibilité ne leur est offerte.

a/ La gestion des consommations au sein des CHRS

De par la spécificité des lieux d'hébergement et des publics divers, les structures adoptent une gestion et un règlement par rapport aux addictions différentes. En interdisant la consommation d'alcool et plus encore de substances illicites, certains foyers excluent de fait une partie de ces consommateurs. Pour d'autres, l'alcool est toléré à partir du moment où sa consommation ne met pas en danger la collectivité ou la personne elle-même.

La gestion de l'alcool au sein des structures

Comme nous l'observons d'après les estimations chiffrées de la consommation d'alcool, celle-ci reste prédominante pour les hébergés en CHRS. Face à cette forte consommation, les travailleurs sociaux posent différentes limites pour gérer leurs structures.

Dans la plupart des établissements, l'alcool est interdit (Le Phare, Mazeline, Résidence des sources...). Les travailleurs sociaux sont obligés de fixer des limites. Cependant cette problématique reste centrale, un chef de service indique qu'ils sont souvent confrontés au déni de l'alcool. Un directeur en milieu rural note que la problématique est très importante et très difficile à gérer. D'autres établissements arrivent à mettre en place un dispositif pour gérer l'alcool, c'est le cas de l'URAS, l'Abbé Bazire ou encore des Tilleuls à Grémonville. Le chef de service de ce dernier indique que l'introduction d'alcool dans la structure ne pose pas de problème juridique. Les autres produits engendrent davantage de difficultés, « *ça génère des troubles qui viennent de l'extérieur et qu'on n'est pas en capacité de gérer en termes d'invitation, si la personne n'est pas capable de se couper de son réseau, la*

structure ne fermant pas, on n'arrive pas à gérer, donc les personnes en traitements de substitution oui, celles en consommations actives, non ».

Pour cette structure, l'alcool est interdit dans les parties communes, dans les parties privatives c'est selon les cas.

Un chef de service de l'OHN remarque que « *certaines personnes ont dû batailler toute leur vie au niveau des relations et des institutions l'alcool est devenu un pilier central de leur vie* ». Ce rôle central du produit alcool implique et nécessite de composer avec celui-ci dans l'accompagnement des résidents.

Le cannabis et les autres drogues illicites

Conformément à la législation, les consommations de drogues sont interdites dans les établissements. Cependant cette interdiction ne dissuade pas voire même n'empêche pas les personnes « addictées » de consommer puisque ces personnes sont justement dépendantes aux produits. Le rôle des professionnels n'est pas de « fermer les yeux » sur ces conduites mais bien de les aborder pour que, dans le meilleur des cas, ces consommations soient évoquées et les conduisent vers une démarche de soins.

Un chef de service indique qu'ils essaient de « mettre carte sur table » au sujet de la consommation du cannabis, selon lui 80% des jeunes dans son établissement consomment ce produit.

Un éducateur spécialisé interrogé explique « *des fois on nous pose les addictions comme objet de travail mais addiction on est dans la conséquence, on sait très bien que c'est pas parce qu'on soigne le nez qui coule qu'on n'a plus de rhume ou de grippe* ». Les thérapeutes se basent sur les causes et les travailleurs sociaux sur les conséquences. Ainsi, il apparaît essentiel de travailler en collaboration avec les psychologues, lors d'un accompagnement d'une personne dépendante aux substances addictives.

Une autre professionnelle explique que la plupart des résidents fument du cannabis mais « pas vu pas pris », quand elle remarque qu'un jeune a fumé, elle le lui en parle.

Le tabac

Comme nous l'avons vu dans les données recueillies à partir du questionnaire, peu de consultations et d'actions de prévention ont lieu dans les CHRS. De même, peu de références à la cigarette sont effectuées, cela est notamment dû au fait que le tabac ne porte pas préjudice au fonctionnement des établissements (puisque'il est légal et n'engendre pas de conséquence néfaste pour les autres).

Alors que la consommation de tabac est très présente, comment agir face à cette consommation ?

Dans un souci de promouvoir l'équité et l'égalité dans l'accès à la prévention, et à la santé, on peut se demander quelle est la légitimité d'une prévention du tabagisme auprès d'un public déjà atteint par des problématiques lourdes tant sur le plan social que psychologique ?¹⁴

¹⁴ La prévention du tabagisme en milieu précaire : quelle légitimité en CHRS ? Enquête diagnostique en Rhône Alpes, CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, en partenariat avec la FNARS, Juillet 2005

b/ La démarche de soin

La démarche de soin fait partie des missions des CHRS dans le cadre de l'accompagnement des résidents. Cependant la démarche de soin relative aux traitements des addictions n'est pas aisée.

Parfois pour traiter les addictions, le personnel des CHRS s'appuie sur des pathologies visibles ou décelées chez un résident, par exemple un ulcère. La plupart du temps, les personnes vraiment désinsérées sont très éloignées du soin, il est souvent long de les accompagner vers un dispositif. De plus, le soin n'est pas linéaire.

Ainsi confrontés dans la plupart des CHRS aux problèmes d'addictions, les travailleurs sociaux essaient d'amener leur public vers les soins.

1) Entrée dans la démarche de soin

Pour certains, il s'agit de les « inscrire » dans une démarche de soin dès leur entrée dans le centre. Un professionnel explique que *« la demande de soin est émise sinon on ne peut pas intégrer un CHRS car ça pourrait fragiliser d'autres personnes qui sont déjà en abstinence, quand une demande d'hébergement est émise, on lui demande de s'inscrire dans une démarche de soin et puis il y a aussi le fait de règles collectives, la règle collective vient donner un cadre à tous les comportements déviants, il faut être dans la rigueur, l'important c'est que ce soit eux qui portent cette envie de s'extraire de la déviance »*.

Pour d'autres, et c'est surtout le cas pour les CHRS dits de « bas seuil » il faudra **du temps** pour les amener vers ce type de démarches.

Une éducatrice d'une petite structure pour hommes note de nombreuses dépendances au cannabis, héroïne, cocaïne, alcool et médicaments : *« je ne parle pas de cigarettes car je fume, pour le reste je joue franc-jeu je dis t'as consommé, l'objectif étant de les amener vers des structures spécialisées »*. Pour les toxicomanes, s'ils veulent arrêter c'est tout de suite, or il faut que ce soit réfléchi, sinon ce n'est pas possible, il leur faut un temps de réflexion.

2) Des niveaux d'exigence de soins divers

Il est nécessaire de trouver des réponses individualisées. La plupart des professionnels interrogés énoncent le fait qu'il n'y a pas d'urgence pour le soin. Plus celui-ci est cadré, anticipé, prévu avec une post cure, etc. plus le sevrage a des chances de réussir.

Selon certaines structures partenaires interrogées, la guérison pour les toxicomanes *« c'est tout simplement ne pas mourir »*. Un chef de service spécialisé dans l'accompagnement avec l'alcool précise pour les personnes atteintes de

pathologies neurologiques, l'abstinence est peu probable car elles n'ont plus les capacités à s'inscrire dans une démarche de soin « *on continue l'accompagnement car on maintient un équilibre, certaines personnes sont en fin de vie, on est le seul lien qui leur reste* ».

3) Limite des traitements : des prises en charge très lourdes

La démarche de soin peut parfois révéler des difficultés psychologiques voire psychiatriques : « *Parfois, quand on est sous méthadone, des pathologies mentales apparaissent* », explique une chef de service d'un CSAPA.

Elle ajoute également l'incertitude du temps de traitement : « *la méthadone, on sait quand on y rentre, on ne sait jamais quand on en sort* ».

De plus, la prise de médicaments est contraignante, que ce soient pour les traitements de substitution ou les traitements psychiatriques.

Les personnes doivent gérer cette prise en charge. Certains CHRS peuvent prendre en charge ces traitements lorsqu'ils ont du personnel soignant (URAS, Abbé Bazire, Armée du salut...), certains n'ont pas de professionnels à disposition et cela complique les prises, d'autant qu'un trafic de substances existe à l'intérieur comme à l'extérieur des structures. C'est l'effet pervers du traitement : bien que les médicaments servent à guérir la personne, à sortir de la dépendance, ceux-ci peuvent également impliquer des comportements addictifs : « *on passe de l'illégalité à la légalité, on passe de l'héroïne à l'alcool et aux cachets, c'est comme un parcours* ».

En outre, à la sortie d'un sevrage, la réalité peut apparaître catastrophique à la personne qui se retrouve avec des difficultés énormes à affronter. Un travailleur social de l'IRA explique que les solutions d'hébergement sont rarement pérennes. Quand on enlève un produit, il y a souvent des répercussions derrière, après le sevrage il leur apparaît la réalité avec des difficultés financières, administratives catastrophiques.

4) Les difficultés des professionnels

➔ Préparation de la démarche de soins en amont

Le temps est nécessaire en amont de la démarche mais également au moment du soin, rien ne doit se faire dans la précipitation. Un travailleur social indique que pour les sevrages, il ne faut pas « zapper » la post cure : composée de réflexions sur ce qu'est le produit alcool, de groupes de parole ; et pour gérer le manque, il faut changer d'environnement. Un professionnel note : « *les CHRS ont cette grosse responsabilité d'accompagner les personnes vers l'abstinence, mais certaines attitudes des animateurs favorisent la ré-alcoolisation* ». Selon lui, il faut autoriser l'alcool si on veut travailler avec l'alcool. Il est également nécessaire « *d'avoir une procédure pour les sevrages car il y a plein de ratages et il n'y a rien d'urgent* ». En effet, deux professionnels expliquent que la répétition des sevrages dégrade les

personnes plus vite, d'où l'intérêt qu'ils soient bien préparés pour éviter de trop les répéter.

➔ Difficultés d'accompagnement de soins pour les structures d'urgence

Les CHRS dits de « bas seuils » ont des difficultés à assurer un accompagnement, un suivi de qualité étant donné que certaines structures sont centrées sur la gestion de l'urgence. Par ailleurs, d'autres CHRS inscrits dans l'accompagnement ont du mal à gérer l'urgence.

➔ Représentation des addictions des professionnels

Un directeur d'associations note par rapport aux travailleurs sociaux qu'il est nécessaire d'effectuer un gros travail car ils oeuvrent avec leurs représentations, leurs jugements de valeur puisque tout le monde a un rapport aux produits. Les enjeux qui existent par rapport aux addictions sont le positionnement par rapport à un consommateur. Le travail des professionnels est de déterminer en quoi la consommation va poser problème, en quoi elle va gêner dans la structure ?

Cette même personne indique très honnêtement avoir déjà eu peur en entretien avec une personne alcoolisée : « *des fois on n'est pas prêt pour les rencontrer, il faut être prêt dans sa tête* ».

Un professionnel de l'IRA précise que pour les travailleurs sociaux, ce n'est pas toujours simple de parler d'alcool, « *certaines sont gênés avec ça, le milieu médical est même parfois « très embêté » car cela renvoie à notre propre relation avec le produit* ». Une directrice d'une association envers les addictions repère également « *un manque de savoir faire chez les professionnels* », elle distingue une certaine appréhension.

Ces représentations impliquent des conséquences sur les résidents eux-mêmes. Selon un chef de service de Rouen, il existe beaucoup de structures qui « freinent » quand on parle d'addictologie : « *elles ont peur ou ne savent pas faire* ». Pour entrer dans certains CHRS, les personnes doivent être inscrites pour un traitement de substitution sinon elles ne sont pas admises.

➔ Conséquence pour les résidents : une crainte de parler de leurs addictions ?

On parle plus facilement de l'alcool et du cannabis que des médicaments « *ça se dit moins, c'est peut-être lié au fait qu'il y a une prescription mais qu'ils ne la respectent pas* ».

Une psychologue d'une équipe mobile note que certains résidents d'un CHRS craignaient de parler de leurs consommations même à ces professionnels extérieurs à la structure car ils avaient peur de l'exclusion. Celle-ci remarque que c'est un peu plus souple maintenant. Elle fait part d'un exemple d'une personne consommant du subutex au « noir », l'infirmière de l'équipe mobile l'a inscrite dans une démarche de soin et l'a rassurée pour le CHRS. Cette psychologue indique que pour certains professionnels le subutex est encore vécu comme « quelque

chose qui n'est pas un traitement », elle précise « celui qui va être sous traitement avec la méthadone sera vraiment inscrit dans une démarche de soin alors que celui qui a du subutex ne l'est pas forcément ».

D'ailleurs un professionnel interrogé exprime qu'il faudrait « *arrêter le subutex car c'est une belle saloperie, il y a des gens qui sont accros au subutex* ».

Ainsi les avis divergent sur les produits et ne favorisent pas un langage commun pour une prise en charge adaptée.

Ainsi, il semble nécessaire aux professionnels de se former par rapport aux diverses addictions pour dépasser leurs propres représentations dans le but d'améliorer la prise en charge des résidents, et de communiquer favorablement avec les partenaires.

1/ Les différents partenaires des CHRS

L'étude quantitative met en évidence le travail partenarial des CHRS. La plupart des CHRS (28/30) notent qu'ils ont un partenariat avec les médecins généralistes, les hôpitaux et les hôpitaux psychiatriques (ou équipes mobiles qui y sont rattachées). Les CCAA sont mentionnés par 25 CHRS, les CSST par 15 structures et les CSAPA 12. Les réseaux ville-hôpital sont cochés par 15 CHRS.

Les associations plus spécifiques telles que le Carrefour des solidarités à Rouen, Inser santé sur le département de la Seine-Maritime et l'UMIT à Rouen sont respectivement indiquées par 14, 13 et 12 CHRS. Les CAARUD, les PAEJ et les RRAPP sont cochés par 7 structures. **(Tableau 12)**

27 CHRS sur 30 répondent qu'il est nécessaire de renforcer le partenariat par rapport à l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives et 25 ressentent un besoin en formation du personnel en interne. **(Tableau 13)**

Les professionnels pouvaient émettre des propositions visant à renforcer le partenariat. **(Tableau 14)** Ils soulignent essentiellement que des réunions, des synthèses, des groupes de travail soient davantage mis en place (cité 6 fois), qu'il y ait également davantage de formations auprès des équipes (cité 5 fois). Une convention pour formaliser la nature du partenariat est mentionnée 3 fois. Plus marginalement ensuite sont proposés de continuer à œuvrer pour un rapprochement entre le social et le médical, de bien connaître le rôle de chaque professionnel...

Afin de renforcer les formations des professionnels, certains responsables émettent des propositions telles que d'avoir un centre de ressources (cité 2 fois), de mettre en place des outils et une formation en alcoologie (mentionnés 3 fois). Deux CHRS précisent qu'un plan de formation est en cours. Il est également souhaité de bénéficier d'un formateur à court terme, d'aborder des applications concrètes, de mettre en place des consultations médicales 1 fois par mois. **(Tableau 15)**

Tableau 12 – Partenaires cochés par les CHRS

Partenaires	Nb de "oui"
Médecins généralistes	28
Hôpitaux	28
Hôpitaux psychiatriques -unité mobile	28
CCAA	22
Réseaux ville - hôpital	15
CSST	15
Carrefour des solidarités	14
Inser santé	13
CSAPA	12
UMIT	12
CAARUD	7
Point accueil écoute jeunes	7
RRAPP	7
Accueil service	2
Autres	4

N=30

Tableau 13 – Propositions des CHRS

Propositions	Nb de "oui"
Renforcer le partenariat par rapport à l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives	27
Besoin d'une formation du personnel en interne	25

N=30

Tableau 14 – Propositions pour renforcer le partenariat

Propositions pour renforcer le partenariat	Nb de "oui"
Rencontres - synthèse - groupes de travail	6
Formations auprès des équipes - information (visite des structures)	5
Convention pour formaliser la nature du partenariat	3
Avoir du personnel médical pour le suivi et des relais pour une meilleure prise en charge	1
Bien connaître le rôle de chacun : où et comment orienter, avoir des référents	1
Continuer à œuvrer pour un rapprochement entre le social et le médical	1
S'inscrire dans le dispositif en tenant compte des parcours des personnes	1
Difficultés pour rencontrer des médecins addicto : 1 ou 2 mois d'attente	1
Remettre en place permanence spécialisée au sein de l'accueil de jour	1
Temps de concertation en plus	1

Tableau 15 – Propositions pour renforcer la formation des personnels

Propositions pour améliorer la formation des personnels	Nb de "oui"
Mettre en place des outils + formation en alcoologie	3
Avoir un centre de ressources qui nous aide devant les difficultés qu'on rencontre	2
Plan de formation en cours	2
AFFD met en place des tps de formation, on pourrait envisager des interventions spécialisées	1
Bénéficier d'un formateur à court terme mais assez régulier	1
Dépasser l'approche empirique addicto pour aborder des applications concrètes	1
Formation continue gratuite et remplacements financés	1
Formation en intra pour un langage commun	1
Mettre en place des consultations médicales 1 fois/mois	1

2/ Nature du partenariat

D'après les résultats obtenus dans l'enquête par questionnaires, le partenariat semble bien identifié notamment sur Rouen où les dispositifs sont davantage présents et depuis plus longtemps qu'ailleurs.

Même si les partenaires mentionnés par les CHRS apparaissent nombreux et diversifiés, il importe d'analyser la nature de ces collaborations.

En effet, les médecins de ville et les hôpitaux qui sont les plus cités n'offrent pas les mêmes prestations en termes de partenariat. Tout d'abord, les médecins généralistes ne sont pas investis équitablement selon leur propre envie et selon leur implantation géographique.

Les CSAPA sont des structures de soins spécialisées et fonctionnent différemment avec les CHRS selon les territoires et les centres d'hébergement.

10 CSAPA (ou CSST et CCAA) sont recensés dans l'Eure contre 11¹⁵ en Seine-Maritime, ceux-ci peuvent être portés par des structures hospitalières, d'autres par des associations.

Par ailleurs, deux réseaux ville hôpital existent en région, les deux se trouvent en Seine-Maritime : un au Havre et l'autre à Rouen. Aucun n'est recensé dans l'Eure. Pour les deux agglomérations où les réseaux ville hôpital existent, les CHRS s'y inscrivent.

Des réseaux de prises en charge des toxicomanies fonctionnent sur la Haute-Normandie, qu'ils soient à l'échelon régional, départemental ou local (Riahn, FIAE...)

Il existe également des associations d'accompagnement et de prises en charge des addictions, telles Inser santé, l'UMIT, Tox'en ville...

Enfin, les associations néphalistes apportent leur soutien aux personnes dépendantes aux produits et viennent compléter le travail des professionnels sans s'y substituer.

La présence ou non de ces structures implique des relations partenariales avec les CHRS différentes. Toutefois, le travail dépend également des CHRS eux-mêmes, de leur fonctionnement et de leur public.

¹⁵ Recensement pris sur le site Drogues info services

a) Identification des partenariats

⇒ **Les médecins généralistes, une implication différente selon les territoires et les professionnels**

En milieu rural, les médecins font partie des premiers partenaires puisqu'il n'existe pas de nombreuses autres alternatives lorsqu'il est repéré des problèmes de santé. A Grémonville par exemple, les médecins sont sollicités, Inser santé est l'association de référence pour ce qui relève de la problématique alcool, mais également les maires, les CMP, etc.

Pour ce site, le manque se situe au niveau de la prise en charge psychiatrique.

A Radepont dans l'Eure, on rencontre ces mêmes difficultés avec en plus celle de combler un poste vacant (mi temps d'infirmier), le fait d'être implanté en milieu rural ne favorise pas le recrutement de personnel soignant à temps partiel. Pour cette structure, s'ajoute le problème du médecin vacataire qui va être en retraite dans l'année.

⇒ **Les équipes mobiles des hôpitaux psychiatriques**

Les équipes mobiles, issues du milieu psychiatrique sont instaurées dans les grandes agglomérations de la région.

Ces unités ont pour mission d'« aller vers » un public très précarisé, dans la rue, les squats, les hébergements d'urgence et les adresser vers le dispositif de droit commun. Elles ont également un rôle de soutien auprès des professionnels du champ social, et encadrent « la souffrance des équipes professionnelles » face au difficile suivi des personnes dites précaires. Il s'agit également de créer « une culture entre le monde psychiatrique et le monde social » explique un cadre de santé.

L'UMAPPP à Rouen et Respire à Evreux ont fait partie des équipes précurseurs. Se sont créées respectivement en décembre 2006 et en mai 2008, les équipes mobiles du Havre et de Dieppe.

Celles-ci, étant plus récentes, ont moins développé leurs réseaux de partenaires que les deux précédentes. Il n'en reste pas moins qu'elles sont amenées à travailler en collaboration avec les CHRS mais chacune de manière différente.

A Dieppe, l'unité mobile est la plus récente et très peu de personnel est mis à disposition, cependant cette ville ne comporte que très peu de personnes « SDF » comme le souligne le chef de service interrogé.

A Rouen, l'UMAPPP intervient dans les CHRS d'urgence tels l'Abbé Bazire, Les Cèdres femmes, l'ARSAID... L'équipe se déplace également dans les associations telles que La Chaloupe. L'infirmier explique qu'ils interviennent toujours en collaboration avec un travailleur social, il souligne qu'ils ont peu de partenariat avec les médecins généralistes, mais que, en revanche, les autres

associations telles que le Carrefour des solidarités, l'UMAS ainsi que l'UMIT sont des partenaires privilégiés.

Au Havre, l'équipe mobile, beaucoup plus récente a dû prendre ses marques, l'équipe d'infirmiers ayant changé à 100%, toute la construction du partenariat a dû être relancée. Au départ, la nouvelle équipe ressentait des « a priori négatifs » de la part des collègues de l'hôpital psychiatrique.

La psychologue employée à mi temps pour l'unité mobile s'est vu changer ses modalités d'intervention sur le CHRS Mazeline, en effet elle y assurait des permanences de manière informelle pour ce public très précaire mais comme les objectifs pour cet établissement ont changé et qu'il est désormais réservé pour un public en semi autonomie, le chef de service a opté pour que les personnes aillent vers les dispositifs et non l'inverse.

Par ailleurs, le Phare dispose de sa propre psychologue (à mi temps sur la structure et à mi temps sur le CSAPA Lamartine appartenant également à l'Armée du Salut) ainsi que d'un infirmier, ils n'avaient donc pas encore effectué de partenariat avec l'équipe mobile au moment de l'entretien.

Une méfiance est ressentie par certains professionnels de Respire et de la part des travailleurs sociaux.

Alors qu'ils avaient un partenariat avec l'Abri et des permanences de la psychologue au sein de la structure, les modalités d'interventions de celles-ci ont été modifiées, d'après elle, il y aurait eu un mauvais repérage de ce qu'elle proposait au sein de la structure, ainsi seuls les infirmiers de l'équipe mobile assurent des permanences dans le CHRS et ceux-ci orientent quand l'accompagnement nécessite davantage un suivi par la psychologue.

Par ailleurs, aucun lien ne s'est fait avec le CHRS Aurore même si au départ des interventions de l'équipe d'infirmiers étaient proposées, très vite celles-ci ont été stoppées. L'établissement faisait appel à Respire uniquement en situation de crise mais l'équipe mobile n'était pas là pour cela. « *S'ils étaient intervenus de façon plus régulière, il y aurait sans doute moins de crises* » précise la psychologue. Selon elle, il y aurait une volonté de fonctionner en autarcie pour cet établissement. Cette remarque a été également soulignée par d'autres structures d'Evreux comme un CSAPA.

Les infirmiers de l'équipe interviennent par ailleurs à la Pause.

⇒ **Les dispositifs de soins : CSAPA**

■ **La Seine-Maritime**

Le Havre

Le CSAPA Lamartine, implanté dans le quartier de l'Eure, a été repris par l'Armée du Salut, facilitant ainsi les allers retours entre les CHRS de la même raison sociale et le centre, ceci est d'autant renforcé par la psychologue qui travaille dans les deux structures. Anciennement CCAA, il est davantage spécialisé au niveau de l'alcool.

Nautilia, en centre ville, cible davantage les toxicomanies. Le Phare doit contacter cette association qui est une structure établie dans la ville depuis de nombreuses années et est tout à fait repérée dans l'agglomération. A l'heure où nous avons entrepris les entretiens, les deux CSAPA Lamartine et Nautilia tentaient un rapprochement pour travailler ensemble car les deux associations ont changé de direction récemment.

Le centre hospitalier et le réseau Maillage au Havre constituent également des partenaires pour la prise en charge des résidents en CHRS mais ne semblent pas encore avoir développé un partenariat spécifique.

Rouen

Rouen et son agglomération concentre la plus grande offre de soins médico-sociale pour les personnes précaires.

La Boussole est une grosse structure sur l'agglomération rouennaise. Celle-ci est très bien identifiée par ses partenaires. Le CA est constitué de membres travaillant dans d'autres structures, un directeur d'une association explique « on se connaît tous », évidemment cette reconnaissance permet de faciliter les échanges et le partenariat.

Cependant, bien qu'identifiées les structures partenaires ne travaillent pas pour autant beaucoup avec les CHRS, chacun oeuvrant aussi dans son champ, par exemple des formations pourraient être intéressantes à mettre en place note un professionnel interrogé.

Dieppe

A Dieppe, les deux CHRS font partie de l'ONM, cette même association met à disposition un CSAPA plutôt spécialisé dans les prises en charge des drogues et toxicomanies.

Elbeuf

La Passerelle est un CSAPA implanté sur Elbeuf et partenaire privilégié du CHRS l'ASAE. Ce centre d'hébergement pour hommes affiche une capacité d'accueil de 14 hommes jeunes et doit donc privilégier les rapports avec les partenaires n'ayant pas de personnels médicaux ou d'intervenants dans sa propre structure.

Le CHRS de la même association situé à Cléon et destiné aux femmes, est beaucoup moins confronté aux problèmes des addictions et par là même développe moins ce type de partenariat.

Bolbec

Le Cobase à Bolbec bénéficie des structures de l'hôpital ou de l'intervention d'associations.

► L'Eure

Dans l'Eure, deux associations portent les CSAPA : l'Anpaa et Adissa. Les hôpitaux offrent des CSAPA à Evreux, Pont-Audemer et Gisors.

Adissa s'étend sur le département et est implanté à Evreux, Bernay, Les Andelys – Louviers- Val de Reuil, Verneuil sur Avre et Vernon.

L'Anpaa propose un CSAPA à Evreux.

Les CHRS comme l'Abri ne privilégie pas un certain type de CSAPA, ils proposent le panel existant tout en laissant le choix aux résidents d'opter pour une structure. Au sein de leur association, il existe un ancien CSST (ASTER) qui traite des toxicomanies, en ce sens on comprend que les orientations se font davantage pour la prise en charge de l'alcoolisme.

A Radepont, les CSAPA ne travaillent pas vraiment avec cette structure et l'association néphaliste interrogée explique que ce CHRS est trop éloigné pour un partenariat. Ainsi, cette structure, bien qu'avec une grande capacité de places, apparaît comme tout à fait isolée. Le déménagement pour Louviers devrait permettre une insertion dans le dispositif d'aides plus importante.

Aurore travaille un peu avec Adissa. Les deux autres CHRS d'Evreux, La Pause et l'UDAF sont destinés à des femmes avec ou sans enfants et sont beaucoup moins concernés par la prise en charge des résidents dépendants aux addictions.

⇒ **Les associations néphalistes, un travail de complémentarité**

Les associations néphalistes semblent s'articuler dans le paysage des dispositifs existants. Les CHRS travaillent bien avec, puisqu'elles ne sont pas perçues comme des concurrentes, elles complètent le travail des CHRS sans s'y substituer.

Par exemple, Alcool info Haute-Normandie, quasiment exclusivement implantée dans l'Eure travaille très bien avec les CHRS, même Aurore qui n'a pas développé de partenariat avec les autres structures telles que les CSAPA par exemple.

⇒ **Les autres partenaires**

Le service santé de l'OHN travaille bien entendu avec les CHRS de l'OHN, ils étendent leur intervention à d'autres CHRS de l'agglomération, mais ne vont pas au-delà. Ils sont bien identifiés par rapport à la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool.

Inser santé, l'autre association dédiée à cette prise en charge, couvre l'ensemble du département mais intervient peu dans les CHRS de l'agglomération rouennaise, « *c'est comme un accord implicite, sans que ce soit déterminé dans les textes ou autres* » indique un professionnel.

⇒ **Les réseaux : le Riahn et la FIAE pour favoriser les ponts**

Dans l'Eure, grâce à la création récente de la fédération (FIAE), les différents partenaires se côtoient et échangent pour un langage commun, celle-ci favorise bien entendu les relations partenariales.

De même, la création du RIAHN au niveau régional a permis aux acteurs régionaux de se rencontrer et d'échanger ; et il est toujours plus aisé de communiquer et de travailler ensemble quand les professionnels se connaissent, permettant aussi de prendre du recul avec ses représentations.

Du fait de changements récents d'organisation pour certains CHRS, c'est le cas de la Fondation de l'Armée du Salut, certains partenariats sont en cours de conventionnement et les relations n'étaient pas encore prises au moment des entretiens.

⇒ **Des partenariats peu développés pour des structures peu concernées par les addictions**

La Haye Malherbe ou l'ASAE à Cléon, CHRS accueillant essentiellement des femmes avec enfants sont très peu concernés par la prise en charge des personnes aux conduites addictives et développent de fait beaucoup moins de partenariats.

b) La prise en compte de l'entourage familial dans le dispositif

Les structures comme les CSAPA prennent en compte l'entourage familial des usagers. Quand des questions se posent de la part des parents mais aussi des conjoints, voire des enfants, ceux-ci sont reçus par des professionnels avec l'accord du patient pour répondre à leurs interrogations ou apporter un soutien.

Les autres associations, qu'elles soient néphalistes ou de professionnels prêtent également attention à cet entourage.

Au niveau des CHRS, la plupart du temps, les résidents apparaissent comme isolés, en rupture de lien avec leur entourage, l'organisation par rapport à celui-ci va être toute autre. Certains CHRS s'attardent à restaurer du lien avec la famille des personnes accueillies, à retrouver par exemple des droits de visite pour leurs enfants, etc. Ce manque de lien semble être d'ailleurs plus accentué au niveau des hommes que des femmes.

La nature du partenariat peut être mise en difficulté par le manque d'information ou de formation des professionnels.

c) Les difficultés

1) Des relais plus difficiles pour les CHRS excentrés, notamment en psychiatrie

En milieu rural, il existe moins de réponses possibles au niveau santé.

A Grémonville, du fait de la proximité physique d'Inser santé, les liens sont facilités mais cette structure travaille sur l'alcool. Les cliniques sont également présentes, les carences se font surtout sentir au niveau de la prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Par ailleurs, les consommateurs de drogues ne sont pas pris en charge s'ils ne s'inscrivent pas dans une démarche de soins réduisant ainsi la nécessité de travailler avec des structures spécialisées dans les toxicomanies.

A Radepont, dans l'Eure, ce manque de structures pour la prise en charge des pathologies psychiatriques se fait ressentir énormément, toutefois les manques ne s'arrêtent pas à cela. Le directeur éprouve beaucoup de difficultés à recruter du personnel soignant en général, il doit mettre en place un partenariat avec l'équipe du Rouvray qui se déplace une fois par mois.

2) Un manque d'informations des professionnels des CHRS

Une psychologue d'une équipe mobile explique que dans un CHRS il y a juste 1 ou 2 référents en addictologie et que *« ce n'est pas dans l'esprit des cadres que tout le personnel soit formé aux toxicomanies, je trouve ça dommage (...) qu'ils soient sensibilisés aux effets du produit, à ce que cela induit et à la souffrance qui conduit à avoir recours à une conduite addictive et au traitement aussi »*.

Ce manque de formation est également souligné par un infirmier d'une équipe mobile mais cette fois-ci par rapport aux personnes en difficulté psychiatrique et de la part des travailleurs sociaux.

Un directeur du milieu rural note que les personnes en traitement au subutex sont nombreuses, et qu'en plus les équipes ne sont pas formées pour les addictions, ce qui ne facilite pas les échanges.

3) Des partenaires en difficultés

→ Difficultés budgétaires

Pour un directeur de CSAPA, chaque année, les problèmes de pérennité des subventions dédiées à la prévention se posent.

Celle-ci est un investissement sur l'avenir, la prévention primaire peut coûter moins chère, ces réflexions sont partagées également par Inser santé, Aster (abri), et le CSAPA Lamartine. L'incertitude générée par le manque de moyens peut engendrer

une diminution de la qualité du travail des professionnels puisqu'ils ne sont pas « dans de bonnes dispositions ».

Par ailleurs, tous les professionnels de la prévention interrogés insistent sur le fait que leur travail s'inscrit dans la durée, il faut donc en tenir compte dans les évaluations.

➔ Délais d'attente pour les prises en charge dans les structures de soin

En amont de la prise en charge, il y a parfois 2 mois d'attente explique un directeur de CSAPA, or quand on connaît les problématiques des addictions, ces attentes peuvent générer de l'angoisse, etc. Il se demande ce qu'il va se passer entre le moment de la prise de rendez-vous et le rendez-vous réel.

Il ajoute que le champ des addictions devient très large et ainsi plus compliqué. Ce sentiment est partagé par une psychologue qui indique que le champ des addictions est très ouvert, il y a les produits psychotropes mais également l'alcool, ainsi que tout ce qui est jeux, internet...

Ces dépendances traduisent des souffrances importantes et les personnes utilisent des produits comme des anesthésiants.

➔ Des relais difficiles pour ce public précaire

Une psychologue s'interroge sur les relais offerts aux personnes en précarité, en dehors des CHRS. Elle note la réticence de certains professionnels à recevoir ce type de patients... Il faut un savoir faire avec ce public. Et cette idée est mentionnée par une majorité de professionnels interrogés.

Par ailleurs, ce public est en évolution. Un directeur de CSAPA de l'Eure précise que le public change, il observe de nouvelles problématiques. Au niveau de la prise en charge, elle diffère selon les produits consommés. Pour l'alcool, les rendez-vous seront rapprochés car le public a peur de la rechute. Pour les toxicomanes, les gens passent à la méthadone. De plus, le vieillissement qui est l'attrition constitue l'effet d'usure non sans humour il ajoute « *à 30 ans, ils sont soit morts, soit ils passent à un autre produit.* »

D'où une « adaptabilité » nécessaire des professionnels à prendre en charge ces nouveaux publics, ce qui complexifie le système de prises en charge, « il faut être à la page ».

d) Les orientations et la continuité des soins

➔ Assurer la continuité des soins

La vie dans la rue est un obstacle majeur à l'observance des traitements, particulièrement en cas de pathologie lourde.¹⁶ « *Nous observons trop souvent des sorties prématurées de l'hôpital sans que des lieux de convalescence n'aient été trouvés voire recherchés, alors même que les patients sont sans abri. Comment cicatriser, comment se remettre des suites d'une intervention quand on dort dans la rue ? Comment prendre un traitement à heures fixes ? [...] Le déséquilibre nutritionnel important constaté chez de nombreuses personnes à la rue rend difficile l'efficacité des soins. Comment un diabétique peut-il respecter un régime ?* »

➔ Gérer les départs et les orientations

Certaines personnes sont tellement inscrites dans la précarité que rien que le fait de se sortir de l'urgence est compliqué. « *Quand les gens ont vécu l'inacceptable, c'est difficile pour eux mais avoir un seuil de tolérance ça permet à une personne d'aller rejouer ailleurs les choses différemment et d'éviter les écueils rencontrés précédemment* ».

Le problème sur certains territoires ou pour certains publics, c'est qu'il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités pour les personnes hébergées en CHRS. Par exemple, au Havre les hommes en CHRS n'ont que l'Armée du salut, s'ils décident ou s'ils sont en désaccord avec le fonctionnement du Phare par exemple, ils ne trouveront pas d'autres solutions dans la ville même et devront s'expatrier à Rouen ou Dieppe et quand on connaît l'attachement des Havrais à leur ville, il est difficile de trouver une alternative qui leur corresponde.

A Rouen, l'offre est certes plus grande, cependant elle l'est surtout pour les hommes. Les femmes qui sortent des Cèdres par exemple, d'après le chef de service, ont moins de choix que les hommes, elles peuvent également retourner chez leur mari.

Un chef de service souligne que « *l'orientation est un vrai défi car il n'y a pas beaucoup de structures d'accueil pour ce public. On a quelques départs en résidence pour personnes âgées mais vu leur comportement, en plus ils ont 60 ans de moyenne d'âge alors que dans les maisons de retraite c'est autour de 80 ans* ».

Ainsi, certains résidents ne peuvent pas quitter le CHRS parce qu'il n'existe pas de réponse adaptée ailleurs, c'est le cas pour 41 résidents âgés de plus de 60 ans, c'est également le cas pour des personnes atteintes de pathologies telles que le syndrome de Korsakoff (maladie due à l'alcoolisme).

Un infirmier psychiatrique de l'équipe mobile donne l'exemple qu'à Bazire, il avait l'impression d'être à l'hôpital psychiatrique « tellement il y avait de psychotiques ». L'hôpital psychiatrique a perdu la moitié de ses lits en 10 ans.

¹⁶ Simonnot N. Pas de santé sans toit ni droit : l'expérience de la Mission France de Médecins du Monde in Santé et recours aux soins des populations vulnérables, Inserm 2005, pp133-145

Il explique qu'il faudrait des structures comme des foyers « mi psy mi éducatif ». Les Maisons relais sont des bonnes structures selon lui mais peu de personnels y travaillent. De plus, persiste le problème des sorties d'hôpital. De même, il note des difficultés pour se procurer des médicaments pour les personnes qui n'ont pas leurs papiers en règle. Enfin, pour les foyers d'urgence, le week-end il n'y a pas de possibilité, les résidents ont leurs médicaments sur eux dans la rue avec tout ce que cela comporte comme difficultés.

Il existe des passerelles telles que les appartements thérapeutiques, cependant, ces solutions ne sont pas adaptées à tous et notamment au public « précaire » : les personnes se retrouvent seules alors que les toxicomanes c'est un environnement social, donc ils ont des angoisses s'ils se retrouvent dans des trop grands appartements, ils doivent apprendre à être seuls. A la sortie, ils vont être confrontés à plein de difficultés, il leur faut réapprendre à tisser des liens.

Certaines personnes partent sans rien, précipitamment et du coup, elles ne sont pas bien préparées, donc elles peuvent se retrouver en échec et retour à la case départ.

Quelques départs sont davantage subis, c'est évidemment le cas des décès mais aussi des hospitalisations et les renvois.

Les « bonnes sorties » a priori ne correspondent pas toujours aux bonnes sorties pour les résidents.



Discussion

Discussion sur la méthode

L'enquête par questionnaire visait un recensement exhaustif des publics et personnels des CHRS ainsi que des actions effectuées au sein des structures.

Les CHRS sont très souvent sollicités et il a été très difficile pour certains de recueillir les informations. Malgré les nombreuses relances, un CHRS n'a pas répondu à l'étude et c'est d'autant plus regrettable que celui-ci, en termes notamment de capacités, représente une proportion importante des CHRS dans le département de l'Eure.

Par ailleurs, bien que le questionnaire ait été volontairement court (4 pages) et qu'il ait été validé par des CHRS et d'autres membres du comité de pilotage, certains items n'ont pas été renseignés et d'autres partiellement. De ce fait, les données quantitatives n'ont pu être exploitées comme souhaité initialement et les statistiques ne restent que partielles.

En ce qui concerne l'estimation des publics hébergés ayant une ou des conduites addictives, il n'avait pas été donné de définition pour celle-ci. Il s'agissait donc de recueillir l'estimation selon la notion de chaque professionnel, c'est-à-dire ce que lui-même entendait par conduites addictives.

L'enquête qualitative visait à rencontrer les professionnels les plus exposés aux conduites addictives et à essayer de déterminer quels freins ils rencontraient pour la prise en charge des personnes résidant en CHRS et confrontées à ces addictions.

La pratique de ceux-ci a été décrite en fonction de leur perception, croisée avec la perception des partenaires éventuels. Bien que non exhaustive, cette approche apportait une complémentarité aux données recueillies dans la phase quantitative.

Discussion sur les résultats

De par la situation des personnes accueillies dans les CHRS, la précarité constitue déjà un frein à l'insertion. Certaines personnes sont tellement désinsérées que la simple sortie de l'urgence demeure déjà extrêmement complexe. D'ailleurs certains ne sortiront jamais de cette urgence. Malgré ces spécificités et ces difficultés, il est possible d'améliorer certains points pour la prise en charge des résidents.

Les objectifs de l'étude visaient à décrire la prise en charge des addictions au sein des CHRS de la région ainsi que les partenariats existants.

Les résultats de l'enquête montrent des spécificités selon les publics accueillis mais également selon les territoires. Ils mettent également en évidence quelques points à améliorer en termes de partenariats et de formation.

1/ Spécificité des consommations

Une addiction au tabac importante sans distinction d'âge ni de sexe

L'addiction au tabac concerne 4 résidents sur 10 dans la région, et ne présente pas de différence significative selon le sexe et l'âge. Du fait de sa légalité et de l'absence de troubles de comportements induits chez les consommateurs, cette thématique est peu abordée dans les CHRS et ne constitue pas une priorité, au vu des autres difficultés dont les professionnels sont confrontés. D'ailleurs, l'utilité d'aborder ces thématiques au sein des CHRS peut être questionnée. De même, les partenariats avec des structures de lutte contre le tabac n'apparaissent pas ou peu.

Des consommations différentes selon les âges ?

D'une manière générale, après le tabac, l'alcool est la substance addictive la plus consommée par les hommes, tous âges confondus, ceci tient aussi du fait que la consommation est légale (et implique également une habitude culturelle) contrairement aux autres produits et qu'elle est moins coûteuse que les drogues illicites. Cependant pour les hommes, la consommation d'alcool semble se différencier selon l'âge, les plus âgés boivent de l'alcool de manière plutôt constante alors que les publics plus jeunes recherchent davantage « la défonce » selon les travailleurs sociaux. De même, pour ce jeune public, le cannabis semble extrêmement banalisé, « *c'est leurs cigarettes à eux* ».

Les poly consommations concerneraient l'ensemble de la population. Les personnes les plus âgées semblent davantage consommer de l'alcool que d'autres drogues.

Des consommations différentes selon le sexe

Les initiations sont différentes et les consommations varient en tant que produits mais également en termes de dépendances selon le sexe.

La consommation de psychotropes est plus fréquente chez les femmes alors que l'alcool et les drogues illicites sont davantage consommés pour les hommes.

Une consommation différente selon les territoires

Selon les professionnels interrogés, la consommation d'alcool est fortement présente dans tous les sites mêmes si les zones rurales ou portuaires sont très marquées par sa présence. Les drogues illicites sont a priori plus consommées dans les zones urbaines, cependant quelques secteurs ruraux eurois voient arriver une consommation de drogues dures par les jeunes.

Peu d'autres addictions

Les autres dépendances et addictions restent marginales au sein des CHRS, même si par exemple les « addictions » au sucre apparaissent pour pallier d'autres manques, entraînant des diabètes et autres conséquences sur la santé.

2/ Spécificités territoriales et partenariat

Dans l'ensemble, les CHRS utilisent et connaissent les partenaires du champ des addictions. Les réseaux mis en place tels que le RIAHN et la FIAE favorisent les échanges et les relations partenariales : il est toujours plus aisé de communiquer et de travailler ensemble quand les professionnels se connaissent, permettant aussi de prendre du recul avec leurs représentations.

Cependant, du fait des spécificités territoriales, de fonctionnement et du public accueilli, les CHRS ne travaillent pas de la même manière avec le réseau.

a) Une offre différente selon les territoires

Différences d'offres entre l'Eure et la Seine-Maritime

- En termes d'offres partenariales

Les deux départements ne possèdent pas la même offre pour une prise en charge des addictions, avec une plus grosse offre au niveau du département de la Seine-Maritime. Cependant, les CHRS sont également beaucoup moins nombreux dans le département de l'Eure. Chaque structure doit appréhender son partenariat en fonction du territoire où elle est implantée.

- En termes d'offres de soins

Par exemple, dans l'Eure, il n'existe pas de distribox. Les stéribox se trouvent à Adissa et les pharmacies en distribuent uniquement le week-end. De plus, ce

département très rural présente des problèmes de mobilité, de distances, qui ne favorisent pas la démarche de soins.

Différences partenariales ville - campagne

- Secteur psychiatrique : des ponts pour les villes et des manques en campagne

Du fait de l'augmentation ressentie par les professionnels des difficultés psychiatriques, un soutien et une collaboration avec les structures psychiatriques se sont mis en place notamment avec les équipes mobiles de psychiatrie même si certaines doivent encore prendre leurs marques et être repérées par leurs pairs. « *Le public « psy » génère de l'angoisse chez les professionnels* ».

Cependant, lorsque les centres d'hébergement sont isolés, notamment ceux qui se trouvent en milieu rural, ils éprouvent de réelles difficultés à trouver des réponses qui relèvent de ce secteur.

- Un partenariat global différent en milieu rural

Les structures en milieu rural n'ayant pas toujours accès aux mêmes infrastructures que dans les zones urbaines, développent d'autres partenariats quand cela leur est possible. Le centre d'hébergement de Grémonville travaille davantage en collaboration avec les médecins généralistes, les maires, etc.

Toutefois, le CHRS de l'Armée du Salut à Radepont se trouve très isolé des structures partenaires et rencontre beaucoup de difficultés à accompagner les personnes présentant des addictions. Même les associations néphalistes ne se déplacent pas si loin. Cependant, leur déménagement prochain à Louviers ouvre de meilleures perspectives pour développer du partenariat.

b/ Des différences de prises en charge selon les publics accueillis et la taille des structures

Certains CHRS ne sont pas concernés ou très peu par la prise en charge des personnes avec des addictions, c'est surtout le cas pour ceux qui reçoivent des familles ou des femmes avec enfants.

A l'inverse, les CHRS dits « de bas seuil », accueillant des publics en très grande précarité, se concentrent généralement sur l'urgence et n'ont pas toujours les moyens de proposer un réel accompagnement, ceci est à déplorer car il faudrait réorganiser et favoriser les ponts et les passerelles entre les CHRS, cette remarque est valable pour l'agglomération rouennaise.

Les petits CHRS, du fait de leur taille et donc des moyens plus restreints, développent davantage de partenariats que les autres puisque généralement ils n'ont pas de personnels propres pour prendre en charge les résidents avec leurs consommations. Cela dit, certains CHRS de taille importante ont recours également aux partenaires existants et ce d'autant plus quand ils acceptent que ces derniers

se déplacent dans leur structure et vice versa (que les partenaires acceptent de se déplacer au sein des CHRS).

Pourtant, certains CHRS ne semblent pas ouverts à des partenariats excepté pour les associations néphalistes. Est-ce dû à une mauvaise définition du partage des rôles ? Quoiqu'il en soit, il semble dommage de ne pas ouvrir des dialogues qui permettraient aux résidents d'offrir un plus grand panel de réponses de prises en charge.

3/ Les manques et les difficultés

► Un manque de réponses adaptées à la sortie

⇒ *Peu de « passerelles » entre CHRS*

Sur certains territoires, le manque de structures limite le choix en matière de mode de résidence, c'est le cas pour les hommes seuls au Havre qui n'ont comme réponse que le Phare à l'Armée du Salut, Mazeline étant un établissement qui accueille des personnes capables d'être un minimum autonomes. Par ailleurs, lorsqu'il existe différentes possibilités sur un même territoire, comme dans l'agglomération rouennaise, certaines passerelles entre CHRS ne se font pas, c'est-à-dire passer de l'urgence à un mode de résidence de moyen terme, puis passer à la semi autonomie, etc., les travailleurs sociaux préférant accompagner les résidents jusqu'à l'insertion finale, mais limitant ainsi le « turn over » dans les structures.

⇒ *Pour les résidents âgés*

Certains résidents ne peuvent pas quitter le CHRS parce qu'il n'existe pas de réponse adaptée ailleurs, c'est le cas pour 41 résidents âgés de plus de 60 ans dans la région.

⇒ *Pour les personnes relevant d'une prise en charge psychiatrique*

Les personnes atteintes de pathologies telles que le syndrome de Korsakoff (troubles de la mémoire dus à l'alcoolisme) ne trouvent pas de réponses en dehors des CHRS, et pourtant ces derniers ne sont pas spécialisés pour ce type d'accompagnement.

De plus, du fait des restrictions des possibilités d'accueil dans les hôpitaux psychiatriques, certaines personnes relevant de cette prise en charge se retrouvent à la rue avec leurs traitements, ce qui favorise notamment les trafics de médicaments.

⇒ Pour les post cures

Lorsqu'une personne s'inscrit dans une démarche de soin comme un sevrage, il est indispensable de prévoir à la sortie une solution d'hébergement qui lui soit adaptée, telle que la post cure. Pour certaines structures, il n'est pas aisé de trouver une réponse adaptée par manque d'offres et pourtant c'est une phase indispensable pour que la personne se soigne dans de bonnes conditions car si elle retourne « à la rue » ou dans des structures de « bas seuil », la fréquentation avec les personnes qui consomment des produits addictifs a très logiquement de grande probabilité de la faire rechuter.

⇒ La solution : des structures intermédiaires ?

Les maisons relais, aux dires des professionnels, semblent être une bonne alternative. Quelques uns mentionnent l'intérêt de créer des structures qui soient mi éducatives, mi psychologiques.

► Un manque de formation en addictologie pour un langage commun

Que ce soit d'après les résultats de l'enquête quantitative ou d'après les entretiens réalisés, le manque de formations en addictologie est ressenti par les professionnels responsables des CHRS ou leurs partenaires. En effet, 15 CHRS sur 30 ont un personnel expérimenté en addictologie et 19 sur 30 ont un personnel formé en addictologie. Toutefois, il semblerait nécessaire que l'ensemble des professionnels travaillant avec ce public puisse bénéficier d'une formation. Celle-ci permettrait de faciliter les échanges avec les partenaires et notamment d'avoir un langage commun, elle permettrait également aux professionnels d'acquérir un savoir faire avec ces publics, favorisant ainsi leur prise en charge.

Ces formations seraient intéressantes notamment si elles ont un contenu commun et exhaustif pour que tout le monde puisse composer avec les mêmes connaissances et faciliter les relations et les partenariats.

Par ailleurs, il importe de bien expliquer aux travailleurs sociaux l'importance de préparer en amont les sevrages des personnes auxquelles ils les proposent. En effet, les échecs pour ceux-ci sont fréquents mais plus ils sont préparés plus ils ont de chance de réussir. Cette préparation est d'autant plus importante que la répétition des sevrages est néfaste pour la santé des personnes.

► Les difficultés d'amener les personnes vers les dispositifs de soins

⇒ Un relai freiné par la personne elle-même

Du fait de la lourdeur des traitements, de la longueur de la prise en charge et de tout ce que cela implique, il importe de bien préparer la personne à la démarche vers le soin. Pour certaines personnes d'ailleurs cette démarche sera d'autant plus

douloureuse qu'elles verront apparaître des difficultés qu'elles ne remarquaient pas auparavant. En outre, certaines ne seront jamais prêtes.

⇒ ***Un relai freiné par certaines structures de droit commun***

Par ailleurs, selon quelques professionnels, certains relais vers les structures de droit commun n'arrivent pas à se faire par un manque de savoir faire de ces structures par rapport au public « précaire ».

► **Les difficultés budgétaires pour les partenaires**

Les structures partenaires voient leur budget diminuer tout en ayant des missions qui augmentent, les responsables de ces associations sont inquiets par rapport à la pérennité des financements. Cette situation précarise les associations et les personnels des structures. Pourtant, celles-ci sont indispensables à la prise en charge des personnes qui ont des conduites addictives, elles sont reconnues sur leur territoire et la qualité de leurs prestations n'est plus à prouver.

Les CHRS sont aussi concernés par ces difficultés par rapport aux financements en se voyant attribuer des missions toujours plus difficiles et plus importantes sans augmentation de budget.

Ainsi, les CHRS accompagnent les personnes résidentes dans une démarche de soins, cet accompagnement fait partie intégrante des missions des CHRS. Toutefois, en fonction des structures et du public accueilli, cet accompagnement ne pourra se faire qu'en utilisant les ressources existantes, en mobilisant les formations en addictologie encore nécessaires au sein des CHRS, à poursuivre les rencontres entre les différents partenaires pour un meilleur dialogue, à pérenniser les budgets pour « dé-précariser » les professionnels...



Bibliographie

BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et statistique* N°391-392, 2006

CHAUVIN P., PARIZOT I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Questions en santé publique. Inserm, 2005

CRAEPS-CRIPS. La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ? Enquête diagnostique en Rhône-Alpes. Juillet 2005, en partenariat avec la FNARS

DRASS Haute-Normandie. Etat des lieux des modalités d'organisation et de fonctionnement des équipes des CHRS de Haute-Normandie. Synthèse de l'étude – Juillet 2004

FACY F., DALLY S., RABAUD M. Alcoolisme et précarité in Précarisation, risque et santé, Inserm, Nancy 2001, pp351-363

GALLO C. Alcoolodépendance et désocialisation. La question des travailleurs pauvres. *Alcoologie et Addictologie* 2006, pp 64-65

LEBAS J., CHAUVIN P. Précarité et santé. Flammarion, Paris, 1998

LE CLAIRE Y., NAUDIN C., Précarité sociale et précarité psychologique chez l'alcoolodépendant. *Alcoologie et Addictologie* 2000, pp 201-204

LOPEZ D. Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France ; *Tendances* N°24, OFDT, Octobre 2002

JAMOULLE P. Les conduites liées aux drogues dans les zones de précarité. Enquête de terrain auprès des professionnels. *Psychotropes* – Vol 7 N°3-4

JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V. Précarisation, risque et santé. Questions en santé publique. Inserm, Paris, 2001

MAINGUENE A. L'hébergement d'urgence dans les CHRS. Etudes et résultats. DREES. N°620. Janvier 2008

MERCIER C, ALARIE S. Précarité résidentielle et consommation de psychotropes. *Alcoologie et Addictologie* 2001, pp 13-19

ORS Rhône-Alpes. Etat des lieux du dispositif en addictologie en Rhône-Alpes. Novembre 2006

ORMIP Evaluation des actions « d'accompagnement », « médiation », « permanence » ou « consultation santé » dans les lieux d'accueil ou d'hébergement en Midi-Pyrénées. Juin 2002

PERETTI-WATTEL P. Lien social et santé en situation de précarité. *Etat de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide*. Economie et statistique N°391-392, 2006.

RHIZOME. Etude action pour l'évolution de l'offre d'insertion. Rapport final, 2003

SOTTO R. Addiction et exclusion sociale... ou vice versa. *Le courrier des addictions*, N°4, octobre/novembre/décembre 2002, pp165-167

Synthèse des réflexions. 5^{ème} journée de Rencontres Inter-professionnelles « Addiction et précarité », le 2 février 2008, organisée par Action sida ville, Strasbourg

WOITRAIN E. Les personnes hébergées en CHRS : des hommes et des femmes en grande difficulté sociale. *Etudes et Résultats N°29 DRESS*, août 1999

Sites internet

<http://www.coges.gp>

MILDT, COGES Guadeloupe et Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances. Etat des lieux des acteurs et actions de prévention des addictions sur la région Guadeloupe en 2007

[http : //dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/cours/](http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/cours/)



Annexe : Questionnaire adressé aux CHRS

Questionnaire CHRS

Nom de l'établissement : _____

Ville : _____

Fonction de la personne remplissant le questionnaire :

Date de remplissage : _____

Accueil : Accueil de jour Accueil de nuit

Durée : Urgence (< ou =7 jours)

Courte durée (< ou =3 mois)

Longue durée (6 mois et +)

Hébergement :

Chambres Appartements Lits

Public ciblé :

Hommes seuls

Femmes seules

Mères / enfants

Couples

Autres, précisez : _____

Nombre de places : _____

Public

1/ Nombre actuel de résidents :

Hommes seuls : _____

Femmes seules : _____

Couples sans enfants (nombre de personnes) : _____

Couples avec enfants :

Nombre d'adultes : _____

Nombre d'enfants : _____

Mères seules avec enfants :

Nombre de mères : _____

Nombre d'enfants : _____

2/ Nombre de personnes :

De moins de 20 ans : _____

Entre 20 et 24 ans : _____

Entre 25 et 29 ans : _____

Entre 30 et 39 ans : _____

Entre 40 et 49 ans : _____

Entre 50 et 60 ans : _____

Plus de 60 ans : _____

Personnel au sein du CHRS

3/ Nombre de personnels :

Nombre de personnels administratifs : _____, ETP : _____

Nombre de travailleurs sociaux : _____, ETP : _____

Nombre d'animateurs : _____, ETP : _____

Nombre de moniteurs d'atelier : _____, ETP : _____

Nombre de personnels de cuisine, d'entretien, de surveillants, de veilleurs

de nuit : _____, ETP : _____

Nombre de maîtresses de maison : _____, ETP : _____

Nombre d'infirmiers : _____, ETP : _____

Nombre de psychologues : _____, ETP : _____

Autres : _____, ETP : _____

4/ Existe-t-il une supervision d'équipe ? Oui Non

Si oui, nombre d'heures par mois : _____

Prise en charge des personnes ayant des conduites addictives

Au sein du CHRS...

5/ Y -a-t-il une personne référente dédiée aux conduites addictives ?
 Oui Non

Si oui,

- a/ Nombre de personnes référentes : _____
 b / Quelle est sa/leur qualification : _____
 c/ Nombre d'années d'expérience en tant que référent(s) au sein de la structure : 1er référent : _____ 2nd référent : _____
 d/ Cette (ces) personne(s) a (ont)-t-elle(s) reçu une formation spécifique liée à la prise en charge des personnes consommant des produits addictifs ?

1er référent Oui Non

Si oui, année de formation : _____

2nd référent Oui Non

Si oui, année de formation : _____

6/ Y-a-t-il du personnel expérimenté en addictologie au sein du CHRS ? Oui Non

Si oui, quelle est sa/ leur fonction ? _____

7/ Y-a-t-il d'autres personnels, au sein de votre structure, qui ont reçu une formation en addictologie ? Oui Non

8/ Disposez-vous d'une estimation du nombre de personnes hébergées ayant des conduites addictives ?

Oui Non

Si oui, nombre concerné par *

a/ l'alcool : _____

b/ le tabac : _____

c/ les drogues illicites (+ méthadone et subutex : traitements de substitution ou usage détourné) : _____

- d/ les médicaments psychotropes : _____
 e/ l'addiction aux jeux : _____
 f/ la polyconsommation : _____
 g/ Au total, nombre de personnes concernées par les conduites addictives : _____

9/ Disposez-vous d'un protocole d'accueil pour ces personnes ?
 Oui Non

10/ Des outils spécifiques de repérage sont-ils utilisés ?
 Oui Non

11/ Y-a-t-il des consultations médicales au sein de la structure ?
 Oui Non

Sont-elles assurées par un médecin vacataire ? Oui Non

Sont-elles assurées par une autre structure ? Oui Non

Nom de la structure : _____

12/ Y-a-t-il des consultations psychologiques au sein de la structure ? Oui Non

Sont-elles assurées par un professionnel vacataire ? Oui Non

Sont-elles assurées par une autre structure ? Oui Non

Nom de la structure : _____

13/ Y-a-t-il des consultations d'infirmiers au sein de la structure ?
 Oui Non

Sont-elles assurées par un professionnel vacataire ? Oui Non

Sont-elles assurées par une autre structure ? Oui Non

Nom de la structure : _____

* Les personnes peuvent être comptées plusieurs fois sauf pour la question 8.

Au sein de la structure, des consultations spécialisées existent-elles :

14/ Dans le domaine de l'alcool ? Oui Non

Si oui,

- Par quelle(s) structure(s) sont-elles réalisées ? _____

- Fonctions des intervenants : _____

- Ont-elles lieu : en individuel ? Oui Non
en collectif ? Oui Non

15/ Dans le domaine du tabac ? Oui Non

Si oui,

- Par quelle(s) structure(s) sont-elles réalisées ? _____

- Fonctions des intervenants : _____

- Ont-elles lieu : en individuel ? Oui Non
en collectif ? Oui Non

16/ Dans le domaine des drogues illicites ? Oui Non

Si oui,

- Par quelle(s) structure(s) sont-elles réalisées ? _____

- Fonctions des intervenants : _____

- Ont-elles lieu : en individuel ? Oui Non
en collectif ? Oui Non

17/ Engagez-vous une démarche de soin sous forme d'un contrat de soin avec chaque résident concerné par ces consommations ?

Oui Non

18/ La démarche de soin proposée se fait :

a/ A l'initiative du résident Toujours Selon la situation Jamais

b/ Par obligation de soin

Toujours Selon la situation Jamais

c/ A l'initiative de l'équipe

Toujours Selon la situation Jamais

d/ Autre, précisez : _____

19/ Combien de résidents sont actuellement engagés dans une démarche de soin ? _____

20/ Les activités suivantes sont-elles mises en place ?

Au sein du CHRS A l'extérieur

Groupes de paroles pour les résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ateliers d'expression collective (art, écriture...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ateliers socio-esthétiques (relooking...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ateliers nutrition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ateliers de sophrologie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sorties en groupe (sport, excursions...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, précisez : _____	_____	_____

Prévention

21/ Votre structure réalise-t-elle des actions de prévention collectives (information, sensibilisation, formation, conseil) ?

Oui Non

Si oui,

a/ Combien d'actions distinctes ont été menées depuis les 6 derniers mois ? _____

