



PLAIDOYER

ADDICTION

ET PRÉCARITÉ



Fédération
des acteurs de
la solidarité

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

Marie CHATAGNON
Chargée de projets Addiction Précarité
marie.chatagnon@federationsolidarite.org

Fédération des acteurs de la solidarité
76, rue du Faubourg Saint-Denis
75010 Paris
www.federationsolidarite.org

Alexandre PICARD
Responsable du pôle vie fédérale et territoires
a.picard@federationaddiction.fr

Fédération Addiction
104, rue Oberkampf
75011 Paris
www.federationaddiction.fr

Parution : décembre 2023
Réalisation graphique : Enora Ménard / FAS
Crédit Photos : Julien Jaulin
Impression : Wagram Editions



Fédération
des acteurs de
la solidarité

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) est un réseau de plus de 900 associations et structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire. La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La FAS représente 2 800 établissements et services dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire. Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'Etat, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

www.federationsolidarite.org

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

La Fédération Addiction est un réseau d'associations et de professionnels de l'addictologie. Son ambition : développer des réponses adaptées aux addictions, qui placent l'utilisateur au centre.

Avec 850 établissements et services de santé adhérents et plus de 500 adhérents individuels (professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques), la Fédération Addiction est le premier réseau d'addictologie de France. La Fédération Addiction participe à la formalisation d'une expertise collective issue des pratiques du terrain et s'appuyant sur les dimensions plurielles de l'addiction plutôt que la lutte contre les produits. Elle promeut la reconnaissance des usagers en tant que citoyens, l'amélioration de leur qualité de vie et de leur environnement au sein d'une offre globale de soins et d'accompagnement.

www.federationaddiction.fr

Sommaire

Introduction	6
Contexte et constats	8
Éléments de positionnement	9

Nos propositions

→ Dépénaliser l'usage de drogues pour mieux accompagner	11
→ Agir sur les politiques publiques pour développer et pérenniser l'offre d'accompagnement global	12
→ Faire évoluer les organisations, en considérant l'approche de la réduction des risques et des dommages comme un préalable à tout dispositif	13
→ Sensibiliser et former, pour améliorer les compétences et connaissances des professionnel-le-s	14

Focus

→ Santé mentale & addiction	16
→ Insertion par l'activité économique & addiction	17
→ Femmes & addiction	18

Introduction

L'accès (et le maintien) aux structures de l'Accueil-Hébergement-Logement (AHI-L), pour les personnes présentant des addictions, est, encore aujourd'hui trop souvent conditionné **à l'abstinence**. Cette situation ne correspond pas à la réalité du public et constitue un facteur supplémentaire d'exclusion.

Cette situation s'explique par **le manque de temps, de moyens ou encore de connaissances des professionnel-le-s** et par leurs difficultés, souvent légitimes, à aborder et accompagner l'addiction. Cela conduit les personnes accompagnées à prendre des risques (consommation cachée de peur d'être mises à l'écart ou, dans le pire des cas, d'être exclues du dispositif d'accueil) et peut générer des situations de violence. À cela s'ajoute la réalité matérielle des conditions d'accueil de certaines structures du secteur social et médico-social : peu d'espaces d'échange et de convivialité, vétusté des bâtiments, chambres et sanitaires collectifs, ce qui entraîne une incapacité, pour les professionnel-le-s, à tenir compte des vulnérabilités et spécificités de chacun·e.

En parallèle, trop de personnes présentant des addictions sont encore confrontées à **des refus de prises en soin** sous prétexte qu'il ne s'agirait pas du domaine de compétences du secteur qui les accueille : précarité versus addiction, addiction versus soins psychiques ou psychiatriques, addiction versus soins somatiques... La personne va de structure en service sans qu'aucune ne soit en mesure de s'engager... avant de se décourager. Cette difficulté de coopération, qui peut évoluer en clivage, est exacerbée par la précarité et la tension en ressources humaines dans chacun des secteurs et se répercute de fait sur les personnes accompagnées ou le nécessitant.

Les points structurants pour améliorer les réponses

- 1.** Le cadre légal entourant les drogues constitue lui-même un frein à l'accompagnement : **la pénalisation de la consommation de substances illicites insécurise les professionnel-le-s** et les empêche de s'engager dans une démarche de réduction des risques et des dommages (RDRD¹) pourtant indispensable à la bonne prise en compte des besoins des personnes concernées.
- 2.** **L'addiction ne doit pas être considérée de manière isolée**, sans tenir compte de son aspect multidimensionnel.
Aujourd'hui, les parcours d'accompagnement des personnes en situation de précarité et d'addiction ne considèrent que trop peu cette dimension globale pourtant essentielle et se retrouvent calqués sur des propositions de réponses qui ne correspondent pas à la réalité des besoins ni aux situations individuelles. Or, **ce ne sont pas aux personnes concernées de s'adapter** mais bien à nous, professionnel-le-s, mais aussi aux représentant-e-s des pouvoirs publics, et à la société tout entière, de considérer leurs besoins spécifiques et légitimes pour améliorer notre action.
- 3.** **Les personnes concernées doivent être (re)mises au centre de toute évolution** ; leur place et leur parole doivent être renforcées pour constituer un levier dans leur accompagnement global. Ainsi, nous appuyer sur les Conseils Nationaux des Personnes Accompagnées ou l'ayant été ou Conseils Régionaux des Personnes Accompagnées ou l'ayant été et les Conseils de Vie Sociale est incontournable pour les considérer pleinement dans les espaces d'échanges et de décisions, préalable indispensable pour contribuer aux politiques publiques², aux décisions qui les concernent et agir sur les discriminations qu'elles subissent encore.
- 4.** **L'adaptation des établissements et dispositifs et/ou leur construction doivent être poursuivies pour qu'ils respectent** davantage la dignité de celles et ceux qui y sont accueilli-e-s - et répondent aux normes d'hygiène et de sécurité. Espaces collectifs et privés doivent être repensés pour veiller à un équilibre entre intimité et lien social, espaces privés et lieux d'échanges : la modernisation doit répondre à leurs besoins et les crédits d'humanisation, pour les centres d'hébergement par exemple, doivent être augmentés et utilisés en ce sens.
- 5.** **Les budgets en interprétariat doivent être renforcés et nous devons nous appuyer davantage sur la pair-aidance**, le travail pair ou les patient-e-s-expert-e-s pour que chacun et chacune puissent être compris-e-s et accompagné-e-s³.
- 6.** **Il faut enfin, et évidemment, former les personnes accompagnées sur ce à quoi elles peuvent légitimement prétendre** : nous regrettons que trop peu sont informées de leurs droits, qu'elles ne peuvent donc pas revendiquer ou faire appliquer. Cela conduit à des situations de maltraitements institutionnels qui ne sont pas tolérables : matériels de réduction des risques distribués arbitrairement, ou encore projets d'établissement en inadéquation avec le cadre légal (interdiction de consommer de l'alcool dans les chambres, par exemple). L'information et la formation doivent être continues et régulières concernant l'évolution des champs d'intervention et les droits des personnes, et à l'intention de toutes et tous, et tenant compte des spécificités des publics (femmes, personnes en situation de prostitution, jeunes, personnes sous-main de justice ou sortantes de détention par exemple).

Tout cela permettra selon nous de renforcer **le pouvoir d'agir de la personne concernée, tel qu'en a disposé la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale** : son parcours doit être construit avec elle, sur mesure, en tenant compte de sa (ses) vulnérabilité(s), de ses droits fondamentaux, de son individualité, de ses compétences, de ses besoins spécifiques, de ses choix et de sa dignité.

Le cadre (d'accueil, d'accompagnement, légal) doit être étudié et adapté, afin **que les personnes en situation de précarité et présentant des addictions ne soient plus l'objet de représentations et agissements discriminants et stigmatisants.**

¹ Réduction des risques et des dommages

² Une vigilance est de mise toutefois : la participation des personnes concernées doit être également accompagnée afin de ne mettre personne en difficulté considérant qu'il n'est pas toujours évident de se positionner lors d'instances officielles.

³ Cela doit par ailleurs passer par un accompagnement rapproché de la personne intégrée à l'équipe, une adaptation du cadre professionnel mais également une formation et un suivi de l'équipe en elle-même dont il faut penser la structuration.

Contexte et constats

Le premier confinement a exacerbé les enjeux relatifs aux conduites addictives et aux addictions, que l'on retrouvait déjà dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement des publics en situation de précarité.

De fait, les professionnel·le·s du secteur de la lutte contre les exclusions sont régulièrement confronté·e·s à **des situations complexes du point de vue de l'accompagnement** qui se rapportent aux barrières liées à leurs capacités d'accueil et à l'offre de soins : déserts médicaux, manque de moyens des structures du secteur de l'addictologie et plus globalement celui de la santé, turn over (et souffrance) des équipes, manque de formation, manque de moyens – humains, financiers, matériels, faible portage institutionnel, cloisonnement des secteurs, etc.

Ces difficultés s'illustrent par diverses situations : délais d'accès aux soins extrêmement longs et en décalage avec la temporalité des personnes concernées, manque d'adaptabilité de l'offre de soins aux spécificités des personnes en situation de précarité et d'addiction, méconnaissance des pathologies duelles⁴ qui représenteraient pourtant au minimum 50% des situations⁵. Plus globalement, **des professionnel·le·s non sensibilisé·e·s et formé·e·s aux besoins des personnes en situation de précarité et d'addiction** et qui, de fait, ne sont pas en mesure d'accompagner et prendre en soin les plus exclu·e·s tel qu'ils et elles le souhaiteraient – et qui en sont empêché·e·s, de plus, par **le caractère illicite de certains types de consommations**.

Si ces difficultés persistent, de nombreuses expériences de terrain montrent qu'il est possible de faire autrement. Les deux fédérations travaillent ensemble depuis plus de 10 ans et ont produit des guides et des outils d'aide à la pratique favorisant le travail intersectoriel et permettant de faire évoluer les pratiques professionnelles et les politiques publiques.

L'articulation des interventions en prenant en compte la personne dans sa globalité, y compris le contexte dans lequel elle évolue, sans la réduire à son usage de substances psychoactives, est un enjeu pour prévenir les ruptures de parcours et les retards d'accompagnement, voire de renoncement aux soins.

Autant d'éléments de constats qui nous amènent aujourd'hui à présenter ce plaidoyer.

⁴ Les pathologies duelles associent troubles psychiques et troubles addictifs : en France, la prise en compte de ces problématiques reste encore souvent cloisonnée entre le secteur de l'addictologie et celui de la psychiatrie, les professionnel·le·s pouvant avoir tendance à concentrer leurs interventions sur leur domaine de compétences et à ne pas traiter la problématique « hors champ ».

⁵ May BOUMENDIEL et Amine BENYAMINA dans Les pathologies duelles en addictologie : état des lieux et prises en charge, *Traité d'addictologie*, 2016 (cairn.info)

Éléments de positionnement

- La crise sanitaire a permis une prise de conscience collective de la nécessité de (re)penser l'accompagnement global des personnes en situation de précarité et présentant des problématiques d'addiction.
- Le changement des pratiques professionnelles - et l'évolution des représentations, n'est possible qu'au travers un portage institutionnel solide et engagé.
- Les personnes présentant des addictions sont encore trop souvent victimes d'une stigmatisation qui impacte leur accompagnement : la peur, la crainte de troubles du comportement qui seraient liés à la prise de substances psychoactives, les amènent à consommer de manière cachée, isolée, et ainsi à se mettre potentiellement en danger. Par ailleurs, elles sont encore régulièrement réduites à leur addiction, et toute autre problématique - de santé ou sociale, est alors ignorée - voire niée.
- La répression pénale des consommations de substances illicites favorise, chez les personnes concernées, la mise en place de comportements à risque et insécurise les professionnel-le-s qui s'interrogent quant à leur marge de manœuvre et aux responsabilités des structures.
- Le défaut d'articulation entre le secteur de la psychiatrie et celui de l'addictologie tend à se réduire : la notion de pathologie duelle est mieux connue et envisagée (mais encore trop peu). Il n'en demeure pas moins que les difficultés des deux secteurs ont des répercussions directes sur les personnes concernées, et sur les professionnel-le-s du secteur social.
- La formation est indispensable et nécessaire pour donner aux professionnel-le-s la possibilité de comprendre, considérer et accompagner les personnes dans leur globalité et leur spécificité. Cela concerne la formation continue et spécifique des professionnel-le-s mais aussi la place de ces problématiques dans les formations initiales.
- Le partenariat entre les secteurs de l'addictologie, du social, du médico-social et du sanitaire, est un enjeu majeur : il n'est pas possible d'agir les uns sans les autres, c'est une condition sine qua none d'un accompagnement global efficient.
- Toute conduite du changement nécessite des moyens, sur la durée, pour sa mise en œuvre et son suivi, et pour permettre une inscription durable et pérenne.

Nos propositions

- **DÉPÉNALISER L'USAGE DE DROGUES**
pour mieux accompagner
- **AGIR SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES**
pour développer et pérenniser l'offre
d'accompagnement global
- **FAIRE ÉVOLUER LES ORGANISATIONS**
en considérant l'approche de la réduction des risques
et des dommages comme un préalable à tout dispositif
- **SENSIBILISER ET FORMER**
pour améliorer les compétences et connaissances
des professionnel·le·s

DÉPÉNALISER L'USAGE DE DROGUES pour mieux accompagner

En France, la simple consommation d'une substance classée comme stupéfiante est **punie par l'article L3421-1 du code de la santé publique** par une lourde peine : jusqu'à 1 an de prison et 3750 € d'amende.

Les données chiffrées démontrent que cet interdit pénal est inefficace à réduire la consommation : la France reste le premier pays d'Europe par sa consommation de cannabis, la consommation de cocaïne connaît une progression continue depuis de nombreuses années, les Français·e·s consomment en moyenne plus de cocaïne et de MDMA/ecstasy que ses voisins européens⁶.

Mais surtout, la répression de la simple consommation représente un enjeu de santé publique : en rejetant les consommateur·trice·s de drogues aux marges de la loi, la France entrave leur accès aux services sociaux et de santé.

Concrètement, de nombreuses personnes rencontrant des problèmes dans leur consommation et souhaitant être accompagnées par des professionnel·le·s sont alors freinées, voire empêchées dans leurs démarches, par la peur de la sanction et la stigmatisation liée à l'interdit pénal.

Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'un public précaire déjà éloigné du soin. En effet, l'application de la politique de répression des usager·ère·s de drogues cible particulièrement les plus précaires : les personnes gagnant moins de 300 € par mois ont 3,3 fois plus de risque que la moyenne d'effectuer une peine de prison ferme pour infraction à la législation sur les stupéfiants⁷. L'application depuis 2020 de l'amende forfaitaire délictuelle au délit de consommation de stupéfiants est en elle-même porteuse d'arbitraire, comme l'a récemment révélé la Défenseure des droits, soulignant dans une décision « *le risque de développer des pratiques discriminatoires*⁸».

Enfin, l'interdit pénal de la consommation a des conséquences directes sur le travail des professionnel·le·s chargé·e·s d'accompagner les usager·ère·s : comment s'adresser aux personnes ayant une pratique relevant de l'interdit ? Comment mettre en place des actions de réduction des risques et des dommages ou d'aide à la prise de contrôle des consommations quand la loi place les intervenant·e·s et leurs structures dans une position d'insécurité pénale ?

Contraintes de consommer de manière cachée, ne pouvant que difficilement aborder cette question avec les professionnel·le·s chargé·e·s de les accompagner, les personnes en situation de précarité présentant des addictions à des substances aujourd'hui illicites s'exposent davantage au risque et à des situations de dangers. Dans le pire des cas, elles se retrouvent amenées à ne pas ou plus fréquenter les structures d'accueil et d'hébergement.

Cette situation appelle la Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération Addiction à demander une réponse simple et efficace : **la suppression des sanctions pénales pour simple consommation de drogues.**

La suppression des sanctions pour simple consommation de drogues est de plus conforme aux recommandations des instances internationales. Les comportements mettant en danger les personnes sous emprise de produits et/ou des tiers (conduite routière, manœuvre d'engins, etc.) demeurent répréhensibles au même titre que pour l'alcool.

L'ONU et l'OMS recommandent ainsi « *la dépénalisation de la possession de drogue pour usage personnel* ». Elle est d'ailleurs déjà mise en œuvre dans plus de 50 pays. La population française a également conscience de la nécessité du changement : 66 % des personnes interrogées dans un sondage CSA en 2020 jugeaient que « *la pénalisation pour usage n'est pas efficace pour lutter contre la consommation de drogue* ».

53 ans de prohibition n'ont pas permis d'éradiquer l'usage de drogues. Cette politique coûte chère, épuise les forces de l'ordre, sature le système de justice et favorise les inégalités sociales.

Elle génère de la violence, via les règlements de comptes liés aux marchés criminels, touchant toujours les mêmes quartiers défavorisés. La mise en place d'une régulation légale est un levier à mobiliser. Le Conseil Economique Social et Environnemental a rendu un avis favorable sur le sujet en janvier 2023.

⁶ Selon le Rapport européen sur les drogues, Observatoire européen des drogues et toxicomanie (OEDT), 2022

⁷ V. Gautron, J. Retière, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in J. Danet, La Réponse pénale. dix ans de traitement des délits, 2013

⁸ Décision de la défenseure des droits n° 2023-030, 30 mai 2023

AGIR SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES **pour développer et pérenniser l'offre d'accompagnement global**

Depuis quelques années, **les pouvoirs publics engagent des dépenses** - essentielles - pour la mise en œuvre de projets en direction des personnes en situation de précarité présentant des addictions. À cet effet, de nombreuses structures, tant au niveau national que régional, étayées notamment de nos réseaux, ont initié des changements afin de répondre aux besoins des personnes concernées. A la lumière des actions engagées par le secteur associatif, la Haute Autorité de Santé (HAS), dans sa note « Addictions : des recommandations pour outiller les professionnel·le·s des structures sociales et médico-sociales » du 25 janvier 2023⁹, indique que « *tout professionnel du secteur social et médico-social doit être prêt à accompagner les personnes rencontrant des difficultés liées à une consommation de substances psychoactives licites ou illicites et/ou un usage de jeux [...]* ». La HAS souhaite alors établir des repères et dresser une liste de recommandations pour entreprendre une démarche de prévention et de réduction des risques et des dommages et elle valide ainsi **le bien-fondé des projets menés par le secteur social et médico-social ces dernières années**.

Cependant, force est de constater que les associations peinent à ce jour à inscrire les changements de manière durable, faute de moyens pour le faire. **La logique court-termiste et expérimentale des financements** empêche la poursuite des actions initiées et essouffle les équipes qui doivent faire des choix quant aux réponses apportées. Par ailleurs, le modèle de financement sur appel à projets incite à une mise en concurrence des acteurs qui crée des disparités et des inégalités dans l'accompagnement des personnes. Un constat partagé avec le secteur de la santé et qui ne permet pas d'assurer des accompagnements globaux. De fait, pour que **le relais avec le système de santé soit efficient**, celui-ci a nécessairement besoin de plus de moyens, sur la durée, ce qui favorisera de fait, une meilleure articulation entre les différents secteurs.

Enfin, pour que ces changements soient possibles et durables, au-delà des moyens, nous soulignons la nécessité de **décloisonner les politiques publiques** à tous les niveaux, notamment dans les logiques de financement et de pilotage des dispositifs qui sont à l'intersection de différentes politiques publiques dont le dispositif ACT¹⁰ « Un Chez-soi D'Abord » en est la parfaite illustration opérationnelle. Ces logiques de financements

sont par ailleurs inégales en fonction des territoires alors qu'il y a un enjeu réel à penser une réponse commune et équitable en lien avec les spécificités et les besoins des territoires. Ainsi, nous considérons qu'il **est indispensable de donner les moyens humains, financiers et structurels** pour pérenniser et essayer les expérimentations conduites ces dernières années.

Les Haltes soins addiction (HSA), dont la pertinence notamment pour les personnes en situation d'exclusion est prouvée par les études scientifiques nationales et internationales¹¹, doivent enfin être déployées. Les lieux de consommations à moindre risque particulièrement à l'intention de celles et ceux présentant une (des) addiction(s) à des produits illicites, doivent être multipliés : les salles dédiées et des espaces de vie et d'hébergements doivent être développés afin de ne plus laisser personne à la marge.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont à renforcer en y intégrant un profil de compétences en addictologie, et elles doivent avoir les moyens de poursuivre leur accompagnement auprès des personnes ayant accédé à un logement. Nous constatons une régularité des ruptures de soin dès lors que la personne quitte la solution provisoire que constitue l'hébergement, alors que le besoin d'étayage demeure. Ces EMPP doivent par ailleurs proposer une meilleure couverture territoriale, celle-ci demeurant inégale.

Les maisons de santé pluridisciplinaire¹² ainsi que les centres de santé¹³, doivent être déployés, intégrant de fait la prise en compte et en soin de l'addiction afin de lutter contre les « désert médicaux » : l'isolement est non seulement une barrière à l'accès au soin mais il représente aussi un facteur de risque à l'addiction. **Les microstructures médicales addictions¹⁴** font également partie des dispositifs à généraliser et déployer.

L'accès au sevrage doit être possible pour quiconque en fait la demande (avec ou sans droits ouverts à la santé) : toutes et tous doivent pouvoir en bénéficier et l'admission ne doit pas être conditionnée à un logement, sans limite d'essai (certains structures, faute de place, n'acceptent d'accueillir qu'une fois par an une personne) et en garantissant le retour à l'hébergement pour les personnes qui en disposent.

⁹https://www.has-sante.fr/jcms/p_3405749/en/addictions-des-recommandations-pour-outiller-les-professionnels-des-structures-sociales-et-medico-sociales

¹⁰ Appartement de Coordination Thérapeutique

¹¹ INSERM, « Salles de consommation à moindre risque », 2021.

¹² Structures pluriprofessionnelles constituées de professionnel·le·s, essentiellement libéraux. Les maisons de santé concluent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les ARS, préalablement au versement d'une aide financière.

¹³ Inscrits dans l'article L6323-1 du code de santé publique, les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif. Lieux d'exercice collectif, ils appliquent le tiers payant sans dépassement d'honoraires et les équipes médicales sont salariées du gestionnaire du centre.

¹⁴ Les microstructures médicales en addictologie constituent des équipes sanitaires pluriprofessionnelles installées au sein du cabinet d'un médecin généraliste. Travailleurs et travailleuses sociaux et psychologues y reçoivent des personnes présentant des problématiques d'addiction.

FAIRE ÉVOLUER LES ORGANISATIONS

en considérant l'approche de la réduction des risques et des dommages comme un préalable à tout dispositif

La lutte contre la précarité ne peut plus s'entendre sans la mise en œuvre systématique d'actions de prévention et de réduction des risques, inscrite dans la loi depuis 2004. Nous constatons trop souvent que l'abstinence est proposée voire imposée tel un préalable à l'accueil ou au maintien dans l'hébergement ou le logement, de même que la simple consommation de substances psychoactives demeure encore un motif d'exclusion. **La consommation de substances, licites comme illicites, ne peut et ne doit plus être un frein à l'accompagnement des personnes.** C'est ainsi que nous assurerons l'inconditionnalité de l'accueil des personnes, là où elles en sont, au sein des dispositifs de lutte contre la précarité et les exclusions (AHI, Insertion par l'Action Economique (IAE), Dispositif National d'Accueil (DNA), structures médico-sociale) et favorisons l'accès au soin.

Depuis plusieurs années, nous nous sommes engagé-e-s auprès des personnes accompagnées pour encourager la levée de l'interdit de la consommation d'alcool. Aujourd'hui, nous considérons que l'autorisation de consommer doit être systématisée et généralisée dans les structures d'accueil pour tous produits - et les équipes de professionnel-le-s accompagnées dans ce sens. Nous prônons donc la généralisation de **la levée de l'interdit de consommer** des produits licites comme illicites.

Cette politique doit nécessairement s'accompagner d'une réflexion **sur la réduction des risques et des dommages** dans le but d'en dégager un « commun » déclinable en actions adaptées à la singularité des missions de chaque dispositif et à l'individualité des personnes concernées en se basant sur leur expertise. La RDR est basée sur l'empowerment, la personne a la capacité d'évoluer, de changer, d'agir.

La réduction des risques et dommages ne doit plus constituer une option et doit être **incluse automatiquement au sein des projets d'établissement et des règlements de fonctionnement**, auxquels doivent être associées les personnes concernées. Le pouvoir d'agir de celles-ci passera ainsi par **l'adaptation des pratiques professionnelles** qui suppose une évolution du management au sein des structures et un accompagnement au changement profond des

représentations liées aux consommations (qui serait lui-même largement encouragé par la dépenalisation de l'usage de substances illicites, comme nous l'avons explicité précédemment).

Mais mieux accompagner les personnes en situation de précarité et présentant des addictions, c'est aussi donner **la possibilité aux professionnel-le-s des différents secteurs (social, médico-social, sanitaire) d'être étayé-e-s dans leurs pratiques.**

Ceux-ci et celles-ci peuvent en effet se trouver encore démunie-s et trop isolé-e-s ce qui nourrit des résistances au changement. Malheureusement, aujourd'hui encore, structures sociales et médico-sociales, champ de l'addictologie, médecine de ville, psychiatrie, centres sociaux œuvrent trop souvent en silo, ce qui ne permet pas une prise en soin et en charge globale, efficiente, coordonnée et durable.

Nous devons tendre vers une mise en cohérence **des pratiques** (au sein d'un même secteur d'une part, entre les secteurs d'autres parts), en soutenant une meilleure **connaissance inter-dispositifs et interprofessionnelle.**

Il en va ainsi d'un meilleur accompagnement dans les structures AHI mais aussi d'une orientation vers les dispositifs d'addictologie spécialisés le cas échéant

Nous défendons enfin la possibilité **d'intégrer des professionnel-le-s** du soin (infirmier-e, médecin, sage-femme) au sein des équipes des structures d'accueil mais aussi de favoriser le développement **des dispositifs de consultations avancées** en addictologie au sein des structures d'accueil du secteur social, quel que soit le type d'établissement (centres d'hébergement généralistes, dispositifs de logement adapté, DNA¹⁵).

L'objectif est donc ici **non pas de médicaliser les structures sociales** mais bien de repérer et comprendre les besoins en santé, d'intervenir en appui des équipes sociales et d'accompagner les personnes concernées, en tenant compte de leurs besoins et de leur temporalité, vers le soin.

¹⁵ Dispositif National d'Accueil

SENSIBILISER ET FORMER

pour améliorer les compétences et connaissances des professionnel-le-s

Aucune conduite du changement ne peut s'opérer sans portage institutionnel, mobilisation pleine et entière des équipes de direction et appui des instances publiques. Afin de voir évoluer les organisations et les pratiques professionnelles, la formation est une condition indispensable : celle-ci doit aussi bien être à destination des équipes opérationnelles (éducatives, de santé, veilleurs de nuit, agents d'accueil, agents d'entretien) que de celles et ceux qui constituent **la gouvernance**. Cet enjeu est majeur pour permettre l'évolution des documents-cadres, supports essentiels à toute pratique. Car malgré les dynamiques que l'on peut observer, certaines équipes peuvent exprimer des réticences à la mise en place de démarche de réduction des risques et des dommages au sein des établissements dans lesquels elles travaillent, en lien avec les représentations (et les craintes associées) qu'elles ont des personnes concernées (débordements, troubles du comportement, agressivité, etc.)

Ainsi, aujourd'hui, **la formation autour des addictions manque à tous les niveaux** - professionnel-le-s du secteur social et médico-social, médecine de ville, institutionnels, bénévoles, société civile qu'il est nécessaire de sensibiliser et former pour changer les regards (ce qui sera possible notamment en faisant évoluer le cadre légal), etc. L'accès inégal aux connaissances et compétences entraîne **une disparité dans les réponses apportées**.

Les pratiques professionnelles ne sont malheureusement pas harmonisées.

Par **la formation initiale** des professionnel-le-s médicaux, paramédicaux et des travailleur-euse-s sociaux-ales, chacun-e doit pouvoir disposer de compétences et connaissances concernant les problématiques spécifiques des personnes concernées et les enjeux de leurs prises en compte et en soin. Les conduites addictives sont présentes quel que soit le terrain d'exercice des professionnel-le-s. **La formation continue** se place ensuite comme levier à maintenir ou développer ses compétences tout au long de la vie.

Les notions d'addiction et de réduction des risques et des dommages (en associant à cette dernière les différentes étapes des conduites addictives, avec ou sans produits) doivent en conséquence être intégrées dans

les formations initiales des futur-e-s professionnel-le-s du champ social mais également du champ de la santé de manière générale. Aujourd'hui, ces notions ne doivent plus faire uniquement l'objet de spécialisation, d'autant que les formations telles que les diplômes universitaires (DU) représentent un coût non négligeable. Il faut que chacun-e soit formé-e aux besoins spécifiques des personnes concernées, tenant compte du contexte dans lequel elles évoluent et des particularités qui en découlent (personnes en situation de prostitution, femmes, personnes sous-main de justice ou sortante de détention, jeunes, etc.). Il conviendra également de former les futur-e-s professionnel-le-s de chacun des secteurs **aux questions de précarité** : mieux en appréhender ses causes, identifier ses impacts, comprendre les personnes qui la subissent et leurs besoins spécifiques, adopter une posture ajustée et avoir une connaissance du réseau et des partenariats mobilisables. Nous ajoutons la nécessité de développer **des modules autour des questions de santé mentale** pour notamment une approche multidimensionnelle de la santé.

Ces notions doivent être intégrées aux formations continues de tou-te-s les professionnel-le-s (et non seulement ici aussi celles et ceux du secteur social) au travers de modules et d'actions de formations dédiés. Nous proposons donc qu'elles soient incluses dans les plans de formations. Enfin, elles doivent être systématisées et régularisées, compte tenu, à ce jour, des difficultés de recrutement des secteurs et du turn over important.

Enfin, au-delà de la formation continue et initiale, il s'agira de donner les moyens de **développer des espaces d'échanges de pratiques, des immersions** (au sein d'un même secteur, entre différents secteurs), des stages **et/ou formations croisées** : cela servira de levier à celles et ceux qui envisagent le changement mais se trouvent bloqué-e-s dans et par leurs craintes et représentations. Dans le même temps, les partenariats opérationnels et les conventions doivent être déployés afin de créer des procédures et stratégies d'interventions communes (étayées d'outils) facilitant l'accès aux droits et aux soins - et favorisant, de fait, la coopération intersectorielle.

Les focus

— **Santé mentale & addiction**

— **Insertion par l'activité économique & addiction**

— **Femmes & addiction**

Focus 1

Santé mentale & addiction

Nous savons aujourd'hui qu'il n'est pas pertinent de dissocier la santé mentale et l'addiction. Pourtant, force est de constater que les personnes présentant des pathologies duelles ne sont que rarement accompagnées sur ces deux versants de leur problématique. Afin de faire cesser l'inefficace **aller-retour entre le champ de la psychiatrie et celui de l'addiction** qu'elles subissent, fruit des difficultés et représentations des deux secteurs, nous préconisons :

- De **multiplier les interventions de professionnel-le-s de la santé mentale** expert-e-s en addictologie, au sein des structures sociales et médico-sociales mais également des équipes mobiles ;
- De **former toutes les équipes sociales** - aux premiers secours en santé mentale et/ou à la formation « PRISME¹⁶ - Précarité et Santé mentale », mais pas seulement : un module de formation autour de **la santé mentale et de l'addiction doit être réfléchi et co-construit, avec les professionnel-le-s, adapté aux réalités du terrain** (nous notons parfois la difficulté pour les équipes de se saisir d'apports théoriques qui ne sont pas suffisamment en adéquation avec leur quotidien). Cela permettra d'éclairer pour comprendre ce qui peut être repéré, observé, vécu ;
- De prévoir - et financer - **l'intervention d'équipes externes spécialisées** à la suite d'un évènement pouvant fragiliser les équipes professionnelles (décompensation psychique, violences hétéro ou auto agressives, etc.), dans la lignée des recommandations des CUMP¹⁷ après un évènement à caractère traumatique collectif ;
- En parallèle, il est essentiel de déployer **les groupes d'analyses des pratiques** afin que les professionnel-le-s. puissent disposer d'espaces dédiés à l'échange, la verbalisation et l'élaboration ;
- **Donner au secteur de la psychiatrie la possibilité de prendre en soin** des personnes présentant des addictions : souvent considérée comme « le parent pauvre » de la médecine, la psychiatrie souffre d'un manque criant de moyens, à tous les niveaux, ce qui impacte directement le secteur social et de l'addictologie ;
- De **poursuivre le développement des dispositifs tels qu'Un Chez-soi D'Abord** à destination des personnes présentant des pathologies duelles ;
- De mettre en œuvre des actions en direction des personnes accompagnées pour améliorer **les compétences psycho-sociales**¹⁸, un indispensable dans la promotion de la santé ;
- De penser le soin en santé mentale selon la démarche et **le principe de rétablissement**¹⁹.

¹⁶ Organisées par l'Orspere-Samdarra, les formations PRISME sont financées par la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Elles ont pour objet d'outiller les professionnel-le-s pour améliorer l'accompagnement en santé mentale des personnes en situation de précarité.

¹⁷ Cellules d'Urgence Médico-Psychologique

¹⁸ Selon l'OMS, les compétences psychosociales (CPS) font référence à la « capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement »

¹⁹ S'il n'existe pas de consensus concernant la définition du rétablissement en santé mentale, il est entendu qu'il s'agit d'une philosophie considérant que l'on peut mener une vie pleinement satisfaisante malgré la présence d'un trouble mental : il ne s'agit pas ici de viser la guérison mais le mieux-être, puis le bien-être.

Focus 2

Insertion par l'activité économique & addiction

Les professionnel-le-s de l'insertion par l'activité économique (IAE) accompagnent chaque jour des personnes présentant des conduites addictives : il en résulte **une réelle demande des structures de l'IAE (SIAE) d'être mieux outillées**, d'étayer leur pratique, de (re)penser l'accompagnement vers et dans l'emploi des plus précaires présentant des problématiques d'addiction. En parallèle, **le secteur social peut avoir des réticences à orienter et accompagner des personnes vers celui de l'IAE**, considérant que les problématiques de santé constituent un obstacle non négligeable - voire insurmontable à leur insertion sociale et professionnelle. Pourtant, **l'addiction ne doit plus représenter une barrière pour l'accès à l'emploi**. A cet effet, nous préconisons :

- **D'adapter le cadre et les conditions de travail aux besoins et situations individuelles** des personnes concernées : plus de souplesse quant aux amplitudes horaires et missions, tenir compte de leurs difficultés et problématiques éventuelles de santé. Dans ce cadre, s'inspirer du programme « **premières heures en chantier** » qui se déploie au niveau national et/ou favoriser le déploiement et **la faisabilité des CDI d'insertion de moins de 20h²⁰** en adaptant les moyens d'accompagnement et d'encadrement ;
- **D'anticiper le retour à l'emploi lorsqu'émerge la demande** en favorisant l'interconnaissance et les échanges entre les différents secteurs (AHI, santé, IAE). Un travail préparatoire à mener avec les personnes concernées, impliquant toutes les parties, autour et avec elles, afin **d'élaborer les projets individuels en respectant la temporalité**. Il faut faire tomber les dernières croyances autour de l'inemployabilité de certain-e-s, sortir de l'injonction à travailler et **penser davantage la remobilisation à travers l'activité professionnelle, base d'un retour à l'emploi** ;
- De soutenir le développement **de partenariats avec le secteur de l'addictologie** : l'accès à l'emploi peut de **fait représenter une porte d'entrée vers le soin**, compte tenu des impacts notamment sur l'estime de soi. Ces partenariats permettront aussi aux professionnel-le-s de l'IAE de **disposer de relais** et leur évitera de se trouver isolé-e-s face à des situations complexes ;
- De **former les professionnel-le-s aux notions d'addiction en lien avec l'activité professionnelle**. Ici aussi, le module de formation, comprenant une part théorique autour du cadre législatif et réglementaire et la manière dont on peut travailler avec ce dernier, devra être pensé et co-construit afin de **s'appuyer sur des situations réellement vécues**. Ce module sera adapté aux différentes fonctions au sein des SIAE (direction, encadrement, accompagnement) ;
- D'intégrer systématiquement (et de former à) **la démarche RDRD dans les structures de l'IAE** ;
- De mieux **préparer et penser l'accueil de la personne présentant des addictions sur son lieu de travail** : celui-ci doit être anticipé afin de ne placer personne en difficulté - voire en échec ;
- De **repenser et/ou multiplier les métiers auxquels ont accès les personnes accompagnées par les SIAE** : pénibilité, manque de reconnaissance... Les missions proposées peuvent être en inadéquation avec les situations individuelles ;
- De **décloisonner, enfin et toujours, les politiques publiques** : si de nombreuses structures de l'IAE souhaitent déployer des actions de prévention à l'intention des salarié-e-s, force est de constater que les financements manquent, renforcés par **un fonctionnement en silo** des politiques sociales et de santé (DREETS et ARS notamment). Le dispositif TAPAJ est ici un programme efficace dont il faudra s'inspirer car il allie la démarche de réduction des risques à une activité professionnelle adaptée à la réalité du public.

²⁰ Tel que le permet la loi n°2020-1577 du 14 décembre 2020 relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi

Focus 3

Femmes & addiction

Les analyses des déterminants de santé démontrent que **les risques de précarité sont plus nombreux et durables pour les femmes que pour les hommes**. Par ailleurs, leurs trajectoires de vie sont particulièrement marquées par des traumatismes et par **des rapports de domination** qui renforcent leur vulnérabilité, rendant particulièrement difficiles pour elles l'accès aux soins et au droit. Cela se combine à un manque de réponses adaptées à leurs besoins. En parallèle, les études de genre et celles portant sur les usages des publics féminins démontrent la nécessité d'une prise en compte de leurs problématiques complexes. Ainsi, **la spécificité des consommations des femmes présentant des addictions**, leur risque majoré de se maintenir en situation de précarité durable, le faible nombre de femmes fréquentant les structures, notamment de l'AHI, nous amènent à préconiser de :

- **Créer des CAARUD²¹, des CSAPA²² et des SLEEP'in avec des espaces dédiés aux femmes, en fonction des besoins**. Aujourd'hui, ces espaces ne peuvent pas toujours garantir un accueil inconditionnel car dans la pratique, ils sont majoritairement fréquentés par des hommes et pensés pour eux, une situation pouvant contraindre de nombreuses femmes à ne pas s'y rendre ;
- Mener, en conséquence et de manière générale, **une réflexion sur la mixité des lieux d'accueil et d'hébergement** et l'impact sur la fréquentation de ces derniers par les femmes concernées afin, par la suite, de développer des espaces sûres et sécurisant, répondant à leurs besoins ;
- **Flécher et/ou créer des places d'hébergement spécifiques** pour les femmes présentant des addictions : les femmes en situation d'addiction et de rue s'éloignent particulièrement des dispositifs compte tenu des réseaux, de l'emprise et des violences qu'elles peuvent subir. Si elles ne sont pas - très - vite prises en charge, le risque est de perdre leur trace très rapidement ;
- Travailler en réseau pour penser, mettre en œuvre et déployer des équipes et des lieux spécialisés autour de leur santé, notamment **sexuelle et reproductive, pour augmenter les actions de prévention, de dépistages et de suivi** ;
- **Changer les représentations** en augmentant le niveau de connaissance et les compétences des professionnel·le·s de tous les secteurs concernant les femmes présentant des addictions : le « tabou » autour de l'addiction au féminin perdure, en dépit des actions menées ces dernières années, et demeure une réelle barrière à l'accès au soin. **Il faut donc former chacun et chacune, tant les équipes de soin que celles du secteur social**, incluant la veille sociale, pour « aller vers » et repérer davantage les femmes concernées, puis les ramener progressivement vers un accompagnement global.

²¹ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour usagers de Drogues

²² Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

En 2011, la Fédération Nationale des associations d'Accueils et de Réinsertion Sociale (FNARS, désormais Fédération des acteurs de la solidarité - FAS) et la Fédération Addiction (FA) partagent le constat sans appel d'un manque de lien entre le secteur de l'addiction et le secteur du social, alors même que les personnes concernées rencontrent pour partie des problématiques communes aux deux secteurs. Au sein des deux réseaux, tant sur le plan national que régional, des projets et actions sont mis en œuvre afin de mieux comprendre et considérer les besoins des personnes accueillies par les structures du/des secteur(s), mieux accompagner les professionnel-le-s et mener une conduite du changement durable et efficiente.

La crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 marque un réel tournant. Une prise de conscience se renforce autour de la nécessité, pour les structures du secteur social et médico-social, d'adapter leur accompagnement dans l'objectif de mieux prendre en compte les personnes présentant des problématiques d'addiction. La Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération Addiction se montrent alors pro-actives dans la réflexion initiée, et arbitrée au travers de la fiche-réflexe publiée le 8 avril 2020 par la DIHAL, pour adapter l'accueil et l'accompagnement des personnes concernées et notamment encourager l'autorisation des consommations au sein des structures d'accueil favorisant ainsi le maintien des personnes dans leur(s) hébergement(s) ou logement(s) adapté(s).

Mais ce n'est pas suffisant.

Force est de constater que nos réseaux, et les personnes qui les composent, souffrent de ne pouvoir appliquer ces recommandations, qui devraient être pourtant un préalable à tout accompagnement, ceci en dépit d'une volonté réelle de s'engager.

Car cela implique un changement profond des représentations, tant des professionnel-le-s qui agissent autour et avec les personnes concernées, que des instances publiques mais aussi de la société civile tout entière, ce qui ne peut advenir sans des moyens financiers, humains, structurels et surtout : une évolution du cadre légal.

Nous souhaitons donc, au travers de ce plaidoyer et des propositions d'actions concrètes qui en découlent, intervenir directement pour et avec les personnes concernées en :

- agissant sur les pratiques professionnelles et les représentations,
- agissant sur les politiques publiques.

Élaboré à partir des projets menés ces dernières années et né de l'observation des pratiques de terrain et des analyses des résultats obtenus dans ce cadre, ce plaidoyer est le fruit de l'engagement des équipes professionnelles, chaque jour œuvrant auprès de celles et ceux qu'elles accueillent. À cet effet, il a été pensé et construit avec la participation des adhérents des deux fédérations.

Il traduit enfin la volonté collégiale de contribuer à une société plus inclusive, plus adaptée aux besoins individuels de chacun et chacune, et particulièrement ici, des plus précaires.