



# ACCOMPAGNEMENT ET SANTÉ

## DANS LES STRUCTURES ET ÉQUIPES d'Habitat & Humanisme

### FOCUS SUR LES ADDICTIONS

2022

AURA **mr**ie  
Exclusion \ Connaître pour Agir

 **habitat &  
humanisme**



## Sommaire

1. Introduction : s'intéresser aux addictions vécues par les personnes en précarité et aux accompagnements existants.....	3
A. Démarche et méthodologie du diagnostic : regards quantitatif et qualitatif.....	6
B. La participation des équipes, structures et bénéficiaires à l'enquête .....	5
2. Les constats réalisés concernant les consommations.....	7
A. Tabac, alcool et cannabis : une consommation détectée dans plus de la moitié des structures?	7
B. Une conception des addictions qui dépasse la consommation de substances .....	9
3. Des perspectives théoriques et pratiques différentes concernant l'accompagnement des addictions .....	11
A. Les addictions, une thématique d'action reconnue d'intérêt par les structures... ..	11
B. ... mais encore inégalement investie concrètement dans la pratique .....	12
C. Type de structure et construction d'un positionnement sur les addictions .....	14
D. Les publics concernés par le repérage au sein ou non des structures initiant des actions spécialisées.....	16
E. Des actions mises en place ou envisagées pour traiter prioritairement certaines addictions repérées (alcool, tabac et cannabis), plus que d'autres (médicaments et cocaïne).....	21
4. Réduction des risques abordée par l'individuel, par la mobilisation des partenaires et en faisant des liens avec le regard sur la santé mentale .....	23
A. Suivis individuels et gestion des urgences, pour définir les axes de travail concernant les addictions .....	23
A. Agir au niveau individuel davantage que par des actions collectives mais en ayant le souci de favoriser une vie collective stimulante.....	27
B. La mobilisation des partenaires .....	30
C. Un regard sur les addictions pouvant englober les enjeux de santé mentale ? .....	32
5. Besoins de soutien des structures dans le champ des addictions .....	35
A. Les addictions : 2 <sup>e</sup> domaine pour lequel les structures se sentent démunies .....	35
B. Besoins de soutien : les aspects concernés.....	36
C. Des besoins de soutien moindres dans des structures où les substances sont peu détectées	37
6. Conclusion : quel rôle d'accompagnant dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme par rapport aux addictions ?.....	39

## 1. Introduction : s'intéresser aux addictions vécues par les personnes en précarité et aux accompagnements existants

Ce focus consacré aux addictions dans les actions concernant la santé au sein des structures et équipes d'Habitat et Humanisme s'inscrit dans une étude plus générale, présentée dans les documents "Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, Rapport global", et "Analyse des données quantitatives".

Les objectifs de ce focus sont de mieux comprendre les types d'actions réalisées et les projets d'action concernant les addictions, les types de publics et les consommations concernés, ainsi que les besoins des structures sur cette thématique pour améliorer leur démarche de prévention et de promotion de la santé dans ce champ.

Le choix de consacrer un focus aux addictions s'appuie aussi sur le fait qu'il s'agit désormais d'une question construite comme enjeu de santé publique, particulièrement pour les personnes en situation de précarité. D'autre part, c'est un besoin qui a été fortement exprimé par les équipes d'H&H.

Dans ce cadre, la Fédération H&H est soutenue par le Fonds Addictions pendant trois ans, un financement spécifique ayant été attribué afin de développer une stratégie de prévention des addictions visant à accompagner les personnes en situation d'addiction logées et hébergées par l'association.

Le sujet des addictions est à la fois central concernant la santé, et notamment la santé mentale, et dans le même temps il est investigué depuis peu de temps dans les approches sanitaires, et il fait l'objet de politiques publiques depuis très peu de temps également. De ce fait, les regards concernant les addictions ont beaucoup évolué ces dernières décennies, qu'il s'agisse de ceux de professionnels de santé ou de ceux de professionnels du social, ainsi que du grand public. A présent, les comportements addictifs et les substances consommées sont devenus des objets d'intérêt en se défaisant légèrement du stigmate toujours pesant. Ce stigmate est particulièrement vif concernant les personnes en précarité.

Qu'est-ce qu'une addiction ? Il existe différentes définitions, qui s'approchent les unes des autres, et deviennent davantage consensuelles. Auparavant, de nombreux conflits définitionnels empêchaient la construction d'une posture commune. Il subsiste néanmoins quelques écarts entre les choix de plusieurs autorités en la matière.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), ce terme désigne : *"un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements"*.

La notion de dépendance renvoie à la classification établie par l'OMS et critérisée ainsi : *"La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé fait apparaître les concepts d'usage nocif et de dépendance. Pour poser le diagnostic de la dépendance, au moins 3 critères sur les 6 identifiés doivent être présents notamment : un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive, des difficultés à contrôler l'utilisation, le syndrome de sevrage physiologique, la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts, la poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives"*.<sup>1</sup>

En France, l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) propose une définition observant plus largement le phénomène au travers de ses effets et en le qualifiant de pathologie : *"L'addiction est une pathologie qui repose sur la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux...) qui conduit à :*

- une perte de contrôle du niveau de consommation/pratique
- une modification de l'équilibre émotionnel
- des troubles d'ordre médical
- des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale"<sup>2</sup>

<sup>1</sup> <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/les-addictions/>

<sup>2</sup> <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

Les pouvoirs publics (ministère de la Santé et de la Prévention, ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées) mettent l'accent sur les risques sanitaires et l'impossibilité de contrôler le comportement : *"L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple). Les addictions posent, en France comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % avant 65 ans (également appelée mortalité prématurée)".<sup>3</sup>*

L'action de l'Etat en la matière se développe donc en direction de nombreux acteurs, dont les professionnels de santé, pour lesquels la plateforme d'information suivante a été créée :

<https://intervenir-addictions.fr>.

Une ambivalence forte continue aussi de marquer la compréhension des addictions par les communautés professionnelles (de santé, de recherche, du social...) mais aussi par les pouvoirs publics et la société plus largement : le sujet semble avoir basculé du côté de la santé (en s'appuyant sur une forme de morale sanitaire), mais dans le même temps il demeure stigmatisé, tabou, et associé à la délinquance car de multiples drogues ne sont pas légales et sont objets de trafics.

L'addictologie est pourtant une approche de plus en plus décloisonnée : rattachée à de multiples enjeux, de multiples conditions de vie. Cependant les liens entre précarité et addictions, de même qu'entre précarité et santé, continuent d'être mal connus ou mal traités dans différents types de prises en charges sociales. Il y a donc de forts enjeux de formation pour sensibiliser aux liens entre précarité et addictions, et faire connaître la démarche de la réduction des risques et des dommages (qui n'a pas été enseignée à toutes les générations de professionnels en exercice, puisqu'elle s'est développée assez récemment, avec différentes étapes depuis le début de l'épidémie VIH-Sida dans les années 1990, concernant la France). La diffusion de ces connaissances est d'autant plus utile et nécessaire qu'il existe désormais des pôles spécialisés d'actions (CSAPA – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie –, CAARUD – Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues – et équipes mobiles santé précarité, ...) plus présents et dont l'action sera d'autant plus forte qu'elle sera coordonnée et accompagnée par l'ensemble du secteur social impliqué dans l'accompagnement des personnes en précarité.

L'approche de santé publique concernant les inégalités sociales de santé fait apparaître les risques de consommation de produits addictifs et nocifs (comme le tabac<sup>4</sup>) accrus dans les situations de précarité, dans les contextes d'instabilité sociale, et de stress individuel. Or, cette approche nouvelle prend le contrepied d'une représentation fautive et pourtant bien installée, encore fréquente, concernant le choix et la responsabilité de la consommation de divers produits, légaux ou non légaux. L'image de la personne

---

<sup>3</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>

<sup>4</sup> <https://www.federationaddiction.fr/tabac-revelateur-des-inegalites-sociales-de-sante/> L'analyse développée met particulièrement en évidence les effets combinés du contexte social et des inégalités de revenus, en montrant comment la crise sanitaire mais aussi le contexte général difficile, ont eu un effet d'augmentation du tabagisme sur les classes sociales les plus pauvres. *"Les données tabac du BEH publiées par Santé publique France à l'occasion de la journée Mondiale du Tabac confirment les écarts qui se creusent sur les usages de tabac selon les niveaux de revenu. En effet, en 2020, la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien ne varie pas significativement par rapport à 2019. Cependant, parmi le tiers de la population dont les revenus étaient les moins élevés, elle a augmenté de 29,8% à 33,3%. L'augmentation était encore plus nette chez les chômeurs passant de 39,9% en 2018 à 42,7% en 2019 et 43,9% en 2020 ! Cette augmentation est essentiellement due à une hausse entre 2019 et début 2020, avant le premier confinement. (...) Le contexte lié à la crise de la COVID 19 particulièrement oppressant notamment pour les catégories populaires est venu encore renforcer le gradient social du tabagisme, également préexistant à la crise sanitaire".*

alcoolique qui a renoncé à se sevrer continue de prévaloir, à tort, sur la compréhension de l'alcoolisme comme une maladie, face à laquelle tout le monde n'encourt pas le même risque : les personnes en précarité, ayant vécu sans logement par exemple, ou ayant des ressources très faibles et un entourage peu développé, peuvent être plus souvent concernées ; ou bien les conséquences d'une telle addiction sur leur vie peuvent aussi prendre une ampleur plus forte.

Les personnes pauvres sont plus concernées car la précarité génère un stress et une angoisse pour la survie, qui peut entraîner le besoin d'être compensée ou soutenue par des produits permettant momentanément un apaisement. De plus, le vécu de la précarité est marqué par une autre représentation fautive et tenace : les personnes subissant la précarité seraient caractérisées par une autonomie moindre, une défaillance individuelle. Or, la précarité est liée aux conditions sociales de possibilité d'accès au logement, à l'emploi, à la légalité du séjour sur le territoire, à l'éducation, etc. La précarité résulte donc de privations sociales qui font système, qui se renforcent les unes les autres, et n'est pas une question individuelle, c'est une question systémique<sup>5</sup>. La précarité affecte la santé, et particulièrement la santé mentale, car les privations que les personnes subissent peuvent être insupportables.

Ce positionnement, partagé dès la fondation de la MRIE, a particulièrement structuré notre compréhension des données traitées ici. Nous avons cherché à comprendre les actions décrites par les structures et les équipes dans le questionnaire concernant la santé, ainsi que dans les entretiens, en gardant présentes à l'esprit ces observations sur le double stigmatisme pesant sur les personnes en précarité ayant des addictions.

Ce contexte général est crucial pour saisir que les éléments décrits dans ce focus sur les addictions sont à prendre avec beaucoup de précaution : la compréhension des « bonnes » modalités d'action concernant les addictions est encore balbutiante (les postures continuent d'être variées, malgré une diffusion des pratiques de la réduction des risques et de l'approche du rétablissement) ; le repérage des situations d'addictions fait face à la lutte contre les représentations fautes et au contexte de stigmatisation des conduites d'abord perçues comme délinquantes quand il s'agit de produits illégaux. De plus, s'appliquant aux personnes en précarité, s'ajoute le risque de ne pas considérer pleinement les inégalités sociales comme un phénomène construit collectivement et d'appréhender alors le problème comme relevant d'une responsabilité individuelle.

---

<sup>5</sup> Voir notamment le travail réalisé par ATD Quart-Monde et l'université d'Oxford : <https://www.atd-quartmonde.fr/produit/les-dimensions-cachees-de-la-pauvrete/>

## A. Démarche et méthodologie du diagnostic : regards quantitatif et qualitatif

Dans le cadre de la stratégie de prévention et de promotion de la santé et de la stratégie nationale de prévention des addictions qu'elle souhaite développer, la Fédération Habitat et Humanisme a sollicité la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRE). Trois démarches complémentaires ont été déployées pour documenter les actions concernant la santé de manière générale :

- Un regard quantitatif par un questionnaire auprès des structures et équipes,
- Un regard qualitatif par des entretiens avec des professionnels et des bénévoles d'un échantillon de structures diversifiées quant à leur type et à leur manière de travailler la question de la santé,
- Un autre regard qualitatif par des ateliers participatifs et collectifs réalisés avec des personnes accompagnées par Habitat et Humanisme, volontaires, ayant eu lieu dans un HUDA, une pension de famille et un tiers-lieu.

### • Précisions sur l'enquête quantitative

L'enquête quantitative s'est déroulée en ligne, en utilisant un logiciel libre d'enquête statistique (Limesurvey), du 28 mars au 6 mai 2022. Certaines structures ont répondu sur papier et leurs données ont été saisies ensuite. Les données présentées portent sur l'ensemble des réponses complètes enregistrées, soit 133 structures.

Les questions n'étaient pas toutes obligatoires mais peu de répondants ont sauté des questions, nous avons donc une base bien complète, avec des questionnaires exploitables et des effectifs suffisamment importants pour travailler l'ensemble des variables. Concernant la quatrième section centrée autour des addictions, toutes les structures ont répondu aux 3 questions, hormis 9 structures qui n'ont pas répondu pour certaines des substances de la question 22.

Une association a choisi de ne répondre au questionnaire que sur deux volets : la présentation de la structure et la mise en œuvre des actions concernant les addictions. En conséquence, les questions des parties 2 et 3 du questionnaire n'ont pas été posées à 15 structures membres de cette association.

Le questionnaire, prévu pour être rempli de façon collaborative par l'ensemble de l'équipe au sein d'une structure, comporte quatre sections :

1. Présentation de la structure
2. La santé des personnes
3. La mise en œuvre des actions
4. Les problématiques et les actions concernant les addictions.

Le sujet des addictions est présent au sein de la première section (question sur les partenariats mis en place par la structure), et dans la troisième section concernant la mise en œuvre d'actions dans les différents domaines de santé. Mais il fait surtout l'objet d'une section à part entière : la quatrième section est constituée de trois questions autour des addictions, avec des sous-questions s'affichant en fonction des réponses apportées.

### Question 22 :

« Les substances suivantes vous semblent-elles fréquemment consommées par les personnes bénéficiaires de la structure ? ». Avec la possibilité de répondre oui, non ou incertain pour chaque substance de la liste :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Médicaments (mésusage)
- Substances injectables (héroïne, ...)
- Cocaïne et dérivés (crack, etc.)
- Amphétamines
- Mélange (alcool et médicaments, ou autre).
- Autre(s) addiction(s) avec ou sans substance(s), la ou lesquelles ? (*réponse qualitative*)



**Question 23 :**

"Le sujet des addictions est-il un axe du travail réalisé avec les personnes accompagnées ?". Il s'agit ici d'une question à choix multiple, avec plusieurs réponses possibles :

- "Oui, dans l'accompagnement individuel concernant les addictions (orientation, échanges individuels et avec des partenaires)"
- "Oui, dans la gestion des incidents liés à la consommation de produits addictifs"
- "Oui, concernant les actions collectives"
- "Non"

**Pour les structures ayant répondu oui aux actions collectives :** affichage de plusieurs options concernant leur fréquence, au choix "1 à 3 dans l'année", "3 à 8 dans l'année", "plus de 8".

**Pour toutes les structures pour lesquelles les addictions sont un axe de travail réalisé avec les personnes accompagnées :** question à choix multiple concernant la nature des actions concernant les addictions, avec au choix

- "Mise à disposition d'outils de réduction des risques et des dommages"
- "Affichages"
- "Suivi individuel et orientation, ou accompagnement physique pour des soins"
- "Atelier collectif thématique"
- "Rencontres individuelles avec un intervenant spécifique"
- "Entraide entre pairs concernés par une problématique (groupe, pair-aidance...)"
- "Autre, préciser" (*réponse qualitative*)
- "Pas d'action réalisée"

**Pour les personnes ayant mentionné au moins une action concernant les addictions :** question à choix multiple concernant les addictions ciblées par ces actions, avec au choix "aucun ciblage (action généraliste) " ; "alcool" ; "tabac" ; "cannabis" ; "autre, préciser" (*réponse qualitative*).



**Question 24 :**

Pour développer des actions concernant les addictions, votre équipe a-t-elle besoin de soutiens ? Il s'agit d'une question à laquelle les structures peuvent répondre oui ou non.

**Pour les structures ayant répondu oui aux besoins de soutiens :** il leur est demandé, à travers une question à choix multiples, sur quels aspects elles ont ces besoins, avec au choix :

- "Formations"
- "Création de partenariats"
- "Aide au montage d'actions (rédaction d'appels à projets, outils, construction d'ateliers...)"
- "Obtention de financements"
- "Commentaires pour préciser vos besoins" (*réponse qualitative*)
- **Précisions sur le volet qualitatif : auprès des professionnels, des bénévoles et des bénéficiaires**

Des entretiens ont été menés entre le 1er juin et le 22 juillet 2022, auprès de structures et équipes ayant répondu au questionnaire. Il a été décidé d'interroger trois structures ou équipes pour chaque catégorie suivante : les pensions de famille, les résidences intergénérationnelles, les équipes de logements individuels en diffus, et les structures de la branche Urgence. Par ailleurs, trois structures supplémentaires dont les réponses au questionnaire nous paraissent intéressantes à approfondir ont été interrogées (une équipe de logements individuels en diffus et deux résidences intergénérationnelles).

Au total, 15 entretiens ont été menés, auprès de :

- 3 pensions de famille ;
- 5 résidences intergénérationnelles ;
- 4 équipes de logements individuels en diffus ;
- 3 structures de la branche Urgence.

Afin de représenter au mieux la diversité des approches concernant la santé, et en nous basant sur les réponses au questionnaire, nous avons sélectionné pour chaque catégorie une structure ou équipe ayant une stratégie de promotion et prévention de la santé fortement développée (beaucoup d'actions mises en place, démarches de co-construction ou de pair-aidance...), une structure ou équipe ayant une stratégie moyennement développée (certaines actions ou idées d'action mises en place), et une structure ou équipe ayant une prévention faiblement développée (pas, ou très peu d'actions mises en place). Pour chaque niveau de développement de la stratégie de santé, une grille spécifique d'entretien a été créée. Enfin, la diversité des associations d'Habitat et Humanisme a également cherché à être représentée, avec des structures et équipes appartenant à 14 associations différentes.

Ces entretiens d'une heure se sont déroulés en visio-conférence et ont été menés par une chargée de mission de la MRIE, en présence d'une personne de la Fédération H&H. Au total, 21 salariés ont été rencontrés, ainsi que 12 bénévoles. La majorité des entretiens se sont déroulés en présence d'à la fois au moins un salarié et un bénévole, à l'exception de cinq entretiens réalisés exclusivement avec des salariés, et d'un entretien réalisé uniquement avec des bénévoles.

L'intérêt de ces entretiens a été d'apporter des compléments à l'enquête quantitative, et d'approfondir des aspects pour lesquels le qualitatif est plus adapté : mieux détailler les processus professionnels (ou bénévoles) qui permettent de passer de l'observation du public à l'analyse d'un besoin en matière de santé, puis à une action mise en place, aborder les enjeux de légitimité des équipes à accompagner les personnes au sujet de la santé, comprendre l'effet du fonctionnement de la structure sur la mise en place d'action... Par ailleurs, l'un des objectifs de ces entretiens est également de soutenir la création de liens entre les structures interrogées et la Fédération Habitat et Humanisme en vue du déploiement de la stratégie de prévention de la santé.

Enfin, une dernière phase d'enquête a consisté en une étude qualitative menée directement auprès des personnes accompagnées par les structures et équipes d'Habitat et Humanisme. Pour ce faire, trois ateliers ont été réalisés dans différentes structures durant le courant du mois de juillet 2022 :

- Au sein de l'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) de la Villette, le 18 juillet ;
- Au sein de la pension de famille de Nîmes, le 20 juillet ;
- Au sein de l'Escale Solidaire de Lyon 6<sup>ème</sup>, le 29 juillet.

Dans les trois structures, et en lien avec les équipes sur place, un affichage a été réalisé en amont de l'atelier pour permettre aux personnes de contribuer à partir de la question suivante : "Pour moi, être bien dans ma vie, ça veut dire quoi ? " Pour y répondre, des images ont été mises à disposition, ainsi que des feuilles permettant d'apporter une contribution écrite ou graphique. Lors de l'atelier, ces contributions ont été approfondies pour réfléchir ensemble aux besoins des personnes, en se demandant notamment où elles pouvaient avoir accès aux éléments importants pour elles (au sein de la structure, à l'extérieur, pas d'accès du tout...) Enfin, un temps était prévu pour l'expression d'idées d'amélioration au sein de la structure, en lien avec ce qui avait été amené depuis le début de l'atelier.

L'objectif de ces ateliers a donc été de s'appuyer sur la parole des personnes concernées, de les associer au diagnostic et d'approfondir leurs besoins, ainsi que la réception des actions de santé menées dans les structures. L'intérêt de la question « pour moi, être bien dans ma vie, ça veut dire quoi ? » a notamment été d'élargir la discussion et d'échanger sur la question du bien-être en général, en évitant le risque de cantonnement à la thématique du soin.



Les addictions comme domaine de santé et d'accompagnement, connecté à d'autres domaines, ont donc aussi été abordées lors des entretiens avec les professionnels et les bénévoles des différents types de structures ayant contribué à la phase qualitative de l'étude. Nous avons abordé les addictions comme domaine de santé concernant les personnes accompagnées, ainsi que les actions et positionnements des équipes à ce sujet. Les partenariats permettant de soutenir les personnes ont aussi été abordés, et parfois la pair-aidance développée soit de façon informelle soit initiée par l'équipe. La singularité des approches de chaque structure est importante : les entretiens permettent vite de le constater.

Dans les ateliers proposés aux bénéficiaires d'un HUDA (Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile), d'une pension de famille et d'un tiers-lieu, nous avons abordé de manière générale ce qui soutient le bien-être de la personne. Par endroits, le sujet de certains produits (alcool et cigarette uniquement) comme un soutien ou comme un obstacle au bien-être est apparu. Mais dans l'ensemble, ce sujet est resté dans l'ombre des autres dimensions que les personnes ont choisi d'aborder. On voit bien ici que les produits consommés et les comportements addictifs, en tant que manifestations d'un besoin de trouver un réconfort ou d'apaiser une angoisse, relèvent de l'intime, de l'histoire individuelle.

Les aborder ne va pas de soi, qui plus est en public avec des inconnus, car la stigmatisation des consommations addictives demeure forte, qui plus est quand il s'agit de produits non légaux. Quand certains produits sortent du cadre légal, cela ajoute un obstacle à la possibilité de s'identifier ou de se déclarer comme consommateur. Cette observation va dans le sens du soutien d'abord individuel qui est apporté aux personnes sur ce sujet, comme on le verra plus loin dans ce document. Les ateliers menés avec les personnes ont donc été riches d'enseignement sur le bien-être et la santé de manière générale, mais ont apporté peu d'informations sur les positionnements et les attentes des personnes concernant les addictions, à l'exception d'un échange en particulier concernant la place de l'alcool dans les espaces d'accueil.

## **B. La participation des équipes, structures et bénéficiaires à l'enquête**

L'association Habitat et Humanisme est composée de 3 branches : la branche Logement, la branche Urgence, et la branche Soins. La branche Logement (structures offrant des possibilités de logements collectifs ou diffus et un accompagnement social) et la branche Urgence (actions centrées autour des demandeurs d'asile et des migrants) ont été sollicitées dans le cadre de ce diagnostic. 133 structures ont accepté de répondre, les descriptions qui suivent portent donc sur cet échantillon.

L'échantillon se compose de structures de toute la France<sup>6</sup>. H&H Rhône apporte 12,0 % (soit 16 structures) des réponses, H&H Urgence (soit 13 structures) 9,8 %, H&H Ile-de-France 6,2 % (soit 8 structures), H&H Pyrénées-Adour et H&H Provence contribuent chacune à 4,5 % (soit 6 structures). Les autres associations ont ensuite contribué à hauteur de moins de 5 structures.

Afin de faciliter la lecture et l'analyse, nous avons choisi de regrouper les structures répondantes en catégories. Ainsi, les 133 structures répondantes sont pour un tiers des pensions de famille (32,3 %), pour un second tiers des équipes de logements individuels en diffus (31,6 %). Les résidences intergénérationnelles représentent 18,1 % du total, les structures du secteur Urgence accueillant des migrants 9,8 %, les hébergements d'urgence 3,0 %, les résidences sociales et FJT 3,8 %, et les "autres"<sup>7</sup> représentent 1,5 %.

<sup>6</sup> 11 associations n'ont pas participé, il s'agit de l'Aisne, Champagne-Ardenne, Indre-et-Loire, Jura, Midi-Pyrénées-Antenne Montauban, Oise, Orne, Pyrénées-Orientales, Savoie, Vienne, Yonne.

<sup>7</sup> Ces structures se sont présentées comme "Habitat collectif" et "Petit collectif de 9 logements", Nous avons choisi en recodant de ne pas les insérer dans des catégories trop distinctes de ces désignations.

Les effectifs étant très faibles pour les 3 derniers types cités, dans de nombreux croisements les effectifs ne sont pas suffisants pour être significatifs. En effet, en-dessous de 10 répondants, le seuil de significativité n'est pas atteint.

**Tableau 1. Répartition des structures et équipes ayant répondu au questionnaire par type**

1. Type de structure	% colonne	Décompte
<b>Branche Logement</b>	<b>90,2%</b>	<b>120</b>
Hébergement d'urgence	3,0%	4
Logements individuels en diffus	31,6%	42
Pension de famille	32,3%	43
Résidence intergénérationnelle	18,1%	24
Résidence sociale et FJT	3,8%	5
Autre	1,5%	2
<b>Branche Urgence</b>	<b>9,8%</b>	<b>13</b>
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>133</b>

Lecture : 120 structures appartenant à la Branche Logement ont répondu au questionnaire, soit 90,2% du total des structures répondantes. Parmi elles, 42 structures sont des logements individuels en diffus, représentant 31,6% des répondants.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Les données recueillies dans l'enquête sont représentatives des structures de type équipes accompagnant les logements individuels en diffus, pension de famille, résidences intergénérationnelles et branche Urgence, car une très grande part de la totalité des structures existantes a consenti à participer à l'enquête (voir Tableau 2). Pour les autres catégories, les nombres totaux n'ont pas pu être obtenus du fait de la diversité de la configuration des associations en France.

Cela dit, l'enquête qualitative permet également d'attester que les tendances observées au niveau quantitatif sont bien présentes dans la réalité des structures, ce qui est le cas aux dires des professionnels et bénévoles interrogés.

**Tableau 2. Répartition des structures et équipes ayant répondu au questionnaire par type**

Type de structures/équipes	Effectifs des répondants au questionnaire	Part des structures /équipes ayant répondu au questionnaire par type	Part des structures ayant répondu au questionnaire parmi l'ensemble des structures d'H&H par type
<b>Branche Logement</b>	<b>120</b>	<b>90,2%</b>	<b>ND</b>
Hébergements d'urgence *	4	3,0%	ND
Logements individuels en diffus	42	31,6%	38 équipes représentant 28 associations
Pensions de famille	43	32,3%	86,0% (50 au total)
Résidences intergénérationnelles	24	18,0%	54,6% (44 au total)
Résidences sociales et FJT *	5	3,8%	ND
Autres *	2	1,5%	ND
<b>Branche Urgence</b>	<b>13</b>	<b>9,8%</b>	<b>86,7% (15 au total)</b>
<b>Total général</b>	<b>133</b>	<b>100,0%</b>	<b>ND</b>

\* En-dessous de 10 répondants, les données ne sont pas significatives.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

De plus, l'enquête ne portant pas à proprement parler sur la santé des bénéficiaires des actions d'Habitat et Humanisme, nous n'avons pas cherché à dénombrer les personnes concernées par un type de problème donné, en conséquence nous ne disposons pas ici du nombre de personnes concernées par des addictions.

Cependant, les rencontres réalisées en ateliers avec les bénéficiaires, de même que les entretiens qualitatifs avec des professionnels et bénévoles, permettent là encore de confirmer les observations apparaissant au niveau statistique : les addictions semblent vécues par une majorité de personnes accompagnées, à des degrés divers selon les types de structures.

Les entretiens réalisés avec des professionnels et bénévoles ont permis de recueillir les positionnements de 15 équipes, car les enquêtés étaient fréquemment en charge de la coordination des salariés et des bénévoles, et témoignaient en faisant part d'analyse et d'observations construites collectivement. Leur motivation pour participer à l'étude était forte : malgré une charge de travail importante avant l'été, ceux-ci ont réussi à dégager le temps suffisant pour nous répondre, et le sujet de la santé était à chaque fois considéré comme un enjeu important.

Du côté des bénéficiaires également, les résidents de l'HUDA et de la pension de famille et les passagers fréquentant le tiers-lieu, ont été nombreux à prendre part, sous une forme ou une autre, à l'étude. Certains ont uniquement contribué à la phase consistant à témoigner anonymement en remplissant dans l'espace prévu, avant la rencontre, les supports permettant de contribuer : un fil à linge où suspendre des petits papiers où chacun avait écrit son avis sur « *me sentir bien dans ma vie, ça veut dire quoi ?* » ; et un grand panneau contributif pour y coller les images reliées à ce thème pour la personne (au sein de l'HUDA où la quasi-totalité des résidents ne sont pas francophones).

## 2. Les constats réalisés concernant les consommations

L'enquête qualitative permet de rappeler que les consommations sont observées par les équipes dans le cadre d'un accompagnement global, relié à la prévention et à d'autres domaines de santé. En effet, la définition de la santé que les professionnels et bénévoles ont souvent mentionnée, renvoie aux cadres établis par l'OMS qui appréhende la santé comme le bien-être général, au-delà de l'absence de maladie. Ainsi, les équipes ont souvent rappelé que leur approche n'est pas médicale, qu'elles sont des lieux d'accompagnement et non des lieux de soins, mais qu'à ce titre elles peuvent considérer que « tout est santé », de l'alimentation au sommeil en passant par le bien-être mental et la capacité à être en lien avec les autres. Si le silence et l'isolement d'une personne les interpelle comme un signal de mal-être, c'est dans le même état d'esprit que les consommations de produits addictifs sont perçues.

### A. Tabac, alcool et cannabis : une consommation détectée dans plus de la moitié des structures

La question 22 du questionnaire concernait les substances dont la consommation semble fréquente au sein des structures. Le questionnaire permettait aux équipes d'indiquer pour chaque substance mentionnée si cela leur semblait concerner ou non des personnes suivies, ou bien si elles ne pouvaient pas se prononcer (incertain). On constate globalement qu'il y a un nombre important de structures repérant des consommations fréquentes de substances.

Les substances se classent ainsi par ordre de fréquence de consommation, selon ce que déclarent les équipes :

- Le tabac (avec 87,2% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- L'alcool (avec 72,9% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Le cannabis (avec 60,2% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Les médicaments en mésusages (avec 42,9% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Les mélanges alcool / médicaments ou autres (avec 42,9% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Les autres addictions, réparties ainsi après recodage : jeux vidéo et/ou jeux d'argent ; écrans et réseaux ; alimentaires et autres (avec 67,7% des structures ayant apporté une réponse qualitative) ;
- La cocaïne et ses dérivés (avec 11,3% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Les substances injectables (héroïne ...) (avec 6,8% des structures détectant une consommation fréquente) ;
- Les amphétamines (avec 2,3% des structures détectant une consommation fréquente).

Il est intéressant de souligner ici que, du côté des foyers jeunes travailleurs et du foyer accueillant des mineurs non accompagnés (MNA), soit six structures accompagnant un public d'adolescents ou de jeunes adultes, la répartition des substances diffère légèrement du reste des structures. On constate notamment une prévalence du cannabis (5 structures détectent une consommation fréquente ; 1 structure répond « incertain »), qui dépasse l'alcool (5 structures détectent une consommation fréquente, une structure ne détecte pas de consommation). Cela se retrouve également du côté des structures de la branche Urgence : 5 structures détectent une consommation d'alcool, 4 sont incertaines et 4 n'en détectent pas ; alors que du côté du cannabis 8 en détectent, 3 sont incertaines et 2 n'en détectent pas.

Notons que nous nous appuyons ici sur l'analyse que les équipes peuvent faire des produits consommés par les personnes accompagnées. Cette analyse est nécessairement une donnée qui serait à confronter avec les analyses des personnes concernées. Les consommations ont pu être euphémisées car elles peuvent être peu visibles ou insoupçonnées, ou bien au contraire être surestimées car elles sont associées à la représentation que les équipes ont des personnes.

**Tableau 3. Substances identifiées comme étant fréquemment consommées au sein de la structure (pourcentages en ligne)**

Substance identifiée comme étant fréquemment consommée au sein de la structure (n=133)	Oui	Non	Incertain	Sans réponse
Tabac	87,2%	6,8%	5,3%	0,8%
Alcool	72,9%	10,5%	16,5%	0%
Cannabis	60,2%	16,5%	21,1%	2,3%
Médicaments en mésusage	42,9%	20,3%	33,8%	3,0%
Mélanges alcool/ médicaments ou autres	33,1%	24,8%	39,1%	3,0%
Autres addictions	31,6%			
Cocaïne et ses dérivés	11,3%	54,9%	29,3%	4,5%
Substances injectables	6,8%	65,4%	23,3%	4,5%
Amphétamines	2,3%	61,7%	31,6%	4,5%

Lecture : Le tabac a été identifié comme étant fréquemment consommé par 87,2% des structures. 6,8% des structures constatent qu'il n'est pas fréquemment ; 5,3% des structures sont incertaines quant à sa consommation ; 0,8% des structures n'ont pas répondu à cette question. Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022,*

Ces résultats au questionnaire rejoignent les observations découlant des entretiens : l'alcool est très majoritairement mis en avant par les équipes comme étant la substance la plus problématique dans ce qu'elle engendre pour la vie des personnes, pour les autres résidents, pour le voisinage, pour les professionnels et bénévoles accompagnant les personnes...

D'autres substances sont observées, plus rarement, mais c'est davantage l'alcool qui par sa fréquence et son inscription dans une banalisation culturelle en France, fait l'objet d'actions spécifiques. Ainsi deux salariées en pension de famille nous expliquent :

“ Au niveau des addictions on constate des consommations de cocaïne ponctuellement, c'est un sujet qui est moins discuté. Sinon c'est du cannabis et de l'alcool. L'alcool ça a été beaucoup abordé dans le cadre d'une action réalisée avec une association spécialisée sur les addictions qui est venue pour des temps sur le vivre ensemble. On a fait des mises en situations, sans citer directement l'alcool.

De plus, dans un entretien avec la Branche Urgence auprès d'une structure accueillant des migrants (hommes seuls et famille), les professionnels (psychologue partenaire et responsable de la structure) expliquent ne pas prioriser la mise en œuvre d'actions concernant les addictions repérées (cannabis principalement) pour plusieurs raisons, déjà évoquées plus haut. D'abord cette situation d'addiction est marginale chez les accueillis. Ensuite elle s'inscrit dans un comportement perçu comme une habitude "culturelle" et comme "une question qui s'impose assez rarement : c'est un symptôme ponctuel, quand ça existe ça vient répondre à une angoisse". Elles ajoutent également qu'elles s'interrogent : "est-ce c'est notre rôle d'intervenir ici ? " (Salariée et psychologue partenaire, Branche Urgence)

Lors des ateliers réalisés avec des bénéficiaires, rares sont ceux qui ont évoqués spontanément un besoin autour d'une addiction. Les questions de l'alcool et du tabac ont néanmoins été abordées par les personnes au sein du tiers-lieu, où deux points de vue existaient : souligner la convivialité socialement associée à l'utilisation de ces substances ; considérer les raisons de ne pas les consommer dans le lieu.

- “ La pause cigarette ça fait du bien. On sort, et on se parle pas de la même manière.
- “ Moi je ne fume pas mais je sors quand même dehors avec eux. On a besoin d'une pause aussi même quand on fume pas. Et dehors on échange pas pareil qu'à l'intérieur.
- “ Dans les petites cantines ils servent de l'alcool, mais pas ici, c'est dommage. Avant au Bistrot des amis on buvait de l'alcool aussi.
- “ Un verre de rouge en mangeant c'est bon pour la santé. A petite dose. C'est convivial.
- “ Y en a qui sont malades et qui prennent des cachets, donc pour eux faut pas d'alcool, alors autant que personne ne boive à table.
- “ L'alcool ça permet de se désinhiber. J'y pense et puis j'oublie... On n'est pas là pour se saouler la gueule mais le verre de l'amitié c'est bien...

Un autre sujet a été abordé à cette occasion, celui de la stigmatisation des personnes en précarité risquant d'être infantilisées par des interdictions :

- “ Interdire la consommation d'alcool c'est penser que les indigents ne savent pas se tenir

Dans un espace comme un tiers-lieu ouvert à tous, se présentant à certains égards comme un café ordinaire, on comprend que cette interdiction paraisse surprenante et soit comprise comme une façon de viser spécifiquement les personnes bénéficiant d'un espace de type solidaire, plutôt qu'un espace "lambda". Or, ce débat est aussi à replacer dans l'ensemble de la conversation, où plusieurs personnes venaient de témoigner de leur expérience antérieure dans un autre lieu similaire, également porté par Habitat et Humanisme, au sein duquel l'alcool était autorisé au moment du repas.

Il semblerait aussi que cette interdiction soit particulièrement étonnante dans le contexte où auparavant, dans l'ensemble des lieux d'hébergement, l'alcool était interdit, ce que les nouvelles approches de réduction des risques ont transformé en amenant la possibilité d'une gestion accompagnée, ou d'une cogestion des consommations d'alcool. Certains lieux d'hébergement bien connus sur le territoire de ces tiers-lieux ont même ouvert des bars spécifiques en leur sein, ou mettre en place des modalités particulières pour autoriser et accompagner l'alcool. Et dans le même temps, à la même période et dans des espaces fréquentés par les mêmes personnes, les tiers-lieux qui ne sont ni des accueils de jour ni des cafés ordinaires, sont passés d'une autorisation à une interdiction. Ce paradoxe est forcément un peu déconcertant pour les usagers des deux types de structures.

## B. Une conception des addictions qui dépasse la consommation de substances

Lorsque l'on se penche sur les 90 réponses apportées à la catégorie "autre(s) addiction(s) avec ou sans substance(s) ", on constate que parmi les 90 réponses à cette question, 46 sont hors sujet puisqu'elles répondent "aucune" autre addiction, et 2 mentionnent des addictions au tabac et cannabis sous des formes moins communes (chicha et CBD). Les 42 réponses restantes désignent les jeux vidéo et/ou d'argent, les écrans et/ou réseaux, et les addictions alimentaires.

**Tableau 4. Détail des catégories d'addictions librement citées (et ici recodées) dans la catégorie « autres » du questionnaire (effectifs et pourcentages)**

Catégories des autres addictions (recodage)	Décompte	% colonne (n=42)	% colonne (n=133)
Jeux vidéo et/ou d'argent	29	69,1%	21,8%
Ecrans/réseaux	7	16,7%	5,3%
Addictions alimentaires	3	7,1%	2,3%
Autre	3	7,1%	2,3%
<b>Total général</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>	

Lecture : Sur les 42 structures mentionnant d'autres addictions, 29 structures, soit 69,1% d'entre elles, indiquent qu'il s'agit d'une addiction aux jeux vidéo et/ou aux jeux d'argent. Cela représente 21,8% des structures ayant répondu au questionnaire.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

On observe ici que l'addiction à des jeux vidéo et/ou d'argent, a été mentionnée par 29 structures, soit 21,8 % des structures ayant répondu au questionnaire. Cela représente un nombre important, surtout lorsque l'on considère que cette catégorie n'avait pas été proposée dans le questionnaire, et que l'on fait l'hypothèse qu'elle aurait pu recevoir un nombre plus grand de réponses positives si cela avait été le cas. On voit bien que parmi ceux qui ont souhaité mentionner des addictions sans substances (n=42), 69,1% pensent d'abord aux jeux vidéos ou d'argent. S'ajoutent 16,7% désignant les écrans et les réseaux, supports sur lesquels les jeux vidéos notamment peuvent être consommés, montrant un besoin fort sur le sujet global des écrans.

Il est intéressant d'observer que la conception des addictions qu'ont un nombre non négligeable de structures (structures ayant rajouté les jeux, mais également structures mentionnant les écrans et réseaux) dépasse le cadre de la consommation de substances.

L'enquête qualitative a cependant apporté peu d'éléments pour approfondir ceci : le temps restreint de l'entretien a été consacré à détailler d'autres dimensions des actions.

Dans une maison intergénérationnelle, une salariée explique qu'elle constate que plusieurs jeunes ont "une addiction aux jeux en ligne payants", mais ce thème n'apparaît pas directement dans les actions en projet ou actuelle.

Une équipe bénévole accompagnant des locataires du diffus a cependant mentionné une action possible sur l'usage des écrans, prévue dans le programme proposé par une société mutualiste avec laquelle une convention a été passée, mais qui n'a pas été imaginée par l'équipe, c'est un sujet dont les enquêtés ne savaient pas comment il avait été proposé.

Lors des ateliers avec les bénéficiaires, le rapport aux écrans et aux jeux (d'argent ou vidéo) n'a pas été abordé spontanément par les personnes, en revanche, un participant a mentionné un point intéressant, lié à la dématérialisation de l'accès aux droits, lorsqu'il expliquait que c'est par son téléphone qu'il peut vérifier que sa réponse à la demande d'asile sera positive ou négative, et qu'étant dans un stress extrême à ce sujet, il a tendance à vérifier son téléphone en permanence, à rester aux aguets de cet objet qui pourra lui apporter une réponse cruciale pour son avenir :

“ Il insiste sur le fait qu'il vérifie tout le temps son téléphone pour savoir "*I check my phone, positive or negative, positive or negative*" (termes qu'il répète à plusieurs reprises). Que tout ce qui concerne ses papiers c'est "*a lot of stress*", qu'il en a besoin pour pouvoir penser à ses projets", que ça "pèse sur sa santé mentale et que les avoir lui permettrait de se sentir bien mentalement.

Dans ce cas, l'addiction à l'écran est davantage une conséquence du moyen d'obtenir l'information et de l'importance de celle-ci vu l'amélioration des conditions de vie qu'un accord permettrait.

### 3. Des perspectives théoriques et pratiques différentes concernant l'accompagnement des addictions

Dans le champ des addictions, on constate des perspectives théoriques et pratiques différentes, avec des nuances concernant le rôle des professionnels dans l'accompagnement des personnes, le type de liens avec les milieux de l'addictologie, la manière d'appréhender la réduction des risques... Le fait que le domaine de l'addictologie connaisse des évolutions récentes participe aussi au fait que ces postures soient en construction (et que, comme nous le verrons dans la dernière partie de ce rapport, les professionnels ressentent un fort besoin de formation sur le sujet). La diversité des publics présents dans les structures H&H a également une incidence sur la façon dont sont perçues les addictions par les équipes.

#### A. Les addictions, une thématique d'action reconnue d'intérêt par les structures...

Parmi l'ensemble des thématiques liées à la santé proposées dans le questionnaire, c'est celle portant sur les addictions (alcool, tabac, substances psychoactives) qui est la plus citée par les structures : 66,1 % d'entre elles précisent mettre déjà en œuvre une action ou en prévoir une sur ce sujet. Le fait que ce domaine d'action soit très cité montre que les équipes sentent qu'un besoin existe du côté du public, ou bien que ce sujet qu'elles observent dans leur public leur semble nécessiter une réponse en termes d'accompagnement.

**Tableau 5. Répartition des actions en cours ou idées d'actions par domaine de santé**

Réponses	Décompte	Part des structures concernées sur l'ensemble, % en ligne
Addictions (alcool, tabac, substances psychoactives)	78*	66,1%
Santé mentale	75	63,6%
Alimentation et nutrition	72	61,0%
Activité physique	56	47,5%
Hygiène	53	44,9%
Pathologies du vieillissement	49	41,5%
Traitements en cours et suivi de pathologies	47	39,8%
Conditions de vie dans le logement (précarité énergétique, insalubrité, ...)	36	30,5%
Sommeil	35	29,7%
Vie affective et sexuelle (contraception, IST, consentement...)	32	27,1%
Violences subies par les femmes	25	21,2%
Violences subies par les enfants	12	10,2%
Santé maternelle et prénatale	12	10,2%
Aucune idée d'action ou action en cours	9	7,6%

Lecture : 78 structures, soit 66,1 % des 118 structures interrogées (15 structures n'ayant pas répondu à cette partie du questionnaire), indiquent que les addictions sont un domaine de la santé où leurs questionnements impliquent une idée d'action ou une action en cours.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

\* Une structure de logements individuels en diffus est comptabilisée ici car elle a répondu « oui » à la Q15, mais elle n'a pas renseigné les questions complémentaires (Q15) portant sur la distinction entre actions mises en œuvre et idées d'actions.

Parmi les structures ayant répondu au questionnaire de manière significative<sup>8</sup>, ce sont les pensions de famille (82,1 % d'entre elles), les structures de la branche Urgence (69,2 % d'entre elles) et les logements individuels en diffus (63,4 % d'entre eux) qui ont proportionnellement le plus d'actions déjà mises en œuvre ou d'idées d'actions à mettre en place sur la problématique des addictions.

Les résidences intergénérationnelles semblent moins investir ce domaine de santé puisque moins de la moitié d'entre elles ont signifié avoir déjà une action mise en œuvre ou avoir l'idée de mettre en œuvre une action sur cette problématique (45,0 % d'entre elles).

Le volet qualitatif confirme ceci : toutes les pensions de famille rencontrées et les équipes de logements individuels en diffus décrivent des domaines de santé suscitant des actions (addictions, santé mentale, suivis de traitements et pathologies, handicap, violences conjugales...) voire des idées pour des développements à venir. En revanche, les maisons intergénérationnelles, si elles repèrent des besoins (addictions ponctuellement, vieillissements, soutien à la parentalité...), ont moins de projets déjà développés ou imaginés, *a fortiori* collectifs. Certains professionnels expliquaient s'interroger sur les manières de légitimer auprès des personnes leurs préoccupations à ce sujet.

**Tableau 6. Part des structures qui n'ont ni actions en cours ni idées d'action concernant les addictions, ou qui ont soit une action soit une idée, en fonction du type de structure**

Type de structures	Structures n'ayant ni action en cours ni idée d'action	Structures ayant une action en cours OU une idée d'action à mettre en place	Total des structures ayant répondu à cette partie du questionnaire	Part des structures par type mettant déjà en œuvre une action sur les addictions ou ayant l'idée d'en mettre en place
<b>Branche Logement</b>	<b>36</b>	<b>69</b>	<b>105</b>	<b>65,7%</b>
Logements individuels en diffus	15	26	41	63,4%
Pensions de famille	7	32	39	82,1%
Résidences intergénérationnelles	11	9	20	45,0%
Résidences sociales et FJT *	2	1	3	33,3%
Autres *	1	1	2	50,0%
<b>Branche Urgence</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>69,2%</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>	<b>66,1%</b>

Lecture : Parmi les 41 structures de logement individuel en diffus, 15 structures n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 26 structures ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

\* Données non significatives en raison de l'effectif total trop faible (moins de 10 structures).

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

## B. ... mais encore inégalement investie concrètement dans la pratique

77<sup>9</sup> structures soit mettent déjà en œuvre des actions portant sur les addictions, soit ont le souhait d'en créer une. Parmi elles, 5 structures (une pension de famille, deux structures de la branche Urgence et deux structures de logements individuels diffus) ont indiqué à la fois mettre en œuvre des actions et avoir une nouvelle idée d'action à mettre en place.

Si l'on décompose les actions concernant les addictions déjà mises en œuvre et celles qui ne sont encore qu'à l'état d'idée, ce sont ces dernières qui sont le plus représentées : 50 structures ont mentionné une idée d'action, contre 32 une action en cours.

<sup>8</sup> Plus de 10 réponses pour la catégorie.

<sup>9</sup> Une structure de logements individuels en diffus est comptabilisée dans les 78 structures ayant au moins une action ou une idée d'action à mettre en œuvre dans le domaine des addictions (car elle a répondu « oui » à la Q15), mais elle n'est pas comptée dans cette partie car elle n'a pas renseigné les questions complémentaires (Q15) portant sur la distinction entre actions mises en œuvre et idées d'actions.



De plus, un tiers des idées d'action évoquées (34 %) n'ont pas été spécifiées par les structures, ce qui suppose que ces idées pourraient être encore à un état de réflexion peu défini. Lorsqu'elles sont caractérisées, elles portent plutôt sur du partenariat avec d'autres structures.

**Tableau 7. Détail des types d'idées d'action concernant les addictions à partir du recodage des réponses libres en commentaire, et part des répondants concernés par cette idée.**

Pourcentage en colonne.

Nature des idées d'actions	Nombre de structures ayant une idée d'action à mettre en œuvre sur les addictions	Part des structures ayant une idée d'action à mettre en œuvre sur cette thématique
Non spécifié	17	34,0%
Partenariat avec d'autres structures	10	20,0%
Informations collectives de sensibilisation/ de prévention	7	14,0%
Autre	5	10,0%
Formations auprès des équipes	4	8,0%
Mise en place d'ateliers collectifs	3	6,0%
Interventions de professionnels	2	4,0%
Intégration d'un professionnel de santé dans l'équipe	1	2,0%
Orientation/accompagnement des personnes accueillies vers d'autres structures	1	2,0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 17 structures sur les 50 mentionnant une idée d'action sur les addictions, soit 34 % d'entre elles, n'ont pas spécifié le contenu de cette idée.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 8. Types d'actions mises en œuvre concernant les addictions à partir du recodage des réponses libres en commentaire, et part des répondants concernés par ce type.**

Pourcentage en colonne

Type des actions mises en œuvre	Nombre de structures ayant une action déjà en cours sur les addictions	Part des structures ayant une action en cours sur cette thématique
Partenariat avec d'autres structures	12	37,5%
Orientation/accompagnement des personnes accueillies vers d'autres structures	6	18,8%
Non spécifié	6	18,8%
Autre	3	9,4%
Formation auprès des équipes	2	6,3%
Interventions de professionnel-le-s	2	6,3%
Informations collectives de sensibilisation/ de prévention	1	3,1%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 12 structures sur les 32 mentionnant une action en cours sur les addictions, soit 37,5%, ont une action s'appuyant sur un partenariat avec d'autres structures.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

### C. Type de structure et construction d'un positionnement sur les addictions

- **Du côté des résidences intergénérationnelles**

Du point de vue de l'analyse purement quantitative, ce sont les résidences intergénérationnelles qui paraissent les moins investies sur les actions consacrées aux addictions (voir Tableau 6). Cette constatation est à rapprocher du fait qu'elles repèrent moins de consommations fréquentes de produits chez leurs bénéficiaires. Ainsi, le fait d'être une résidence intergénérationnelle est significativement caractérisée par le fait de ne pas repérer de consommations fréquentes de cocaïne et ses dérivés, d'amphétamines, de substances injectables, de tabac et de jeux et écrans.

Du côté des résultats qualitatifs cependant, on note une spécificité du fait du public de jeunes accueilli dans ces résidences intergénérationnelles. En ce sens, la consommation de cannabis est mise en avant par deux résidences intergénérationnelles, et ce en particulier chez les jeunes.

“ Le cannabis c'est très à la mode. (Salariée d'une résidence intergénérationnelle)

“ [Chez les jeunes on a] au moins 3 consommateurs de cannabis. (Salariée d'une résidence intergénérationnelle)

Cela rejoint les chiffres récents produits par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, qui mettent en avant le fait que la consommation régulière de cannabis (dans l'année ou dans le mois) concerne d'abord les jeunes (25,8 % des 18-25 ans en font un usage dans le mois en 2020).<sup>10</sup>

En ce qui concerne les personnes âgées, ce sont les problématiques d'addictions liées à l'alcool qui reviennent très régulièrement au cours des entretiens, et qui semblent concerner une part importante des personnes accueillies.

“ [Les conduites addictives liés à l'alcool au sein de la structure ne concernent] pas tous mais beaucoup, plus de la moitié. (une salariée d'une résidence intergénérationnelle)

Ces conduites peuvent s'avérer particulièrement visibles dans un contexte d'habitat collectif, et donc rapidement détectables lorsque les personnes concernées ont des comportements pouvant bousculer les autres résidentes et résidents : deux professionnelles, de deux résidences différentes, expriment le fait que ce sont régulièrement d'autres personnes accueillies qui leur rapportent des situations. Par ailleurs, la professionnelle citée précédemment met également en avant le fait que le collectif peut venir renforcer la consommation chez les seniors.

“ Ils s'alcoolisent ensemble, ils s'entraînent ; [Un jeune nous a dit] "au troisième étage les seniors on a l'impression qu'ils font la concurrence à qui va le plus mal".

On note également que la dimension de genre transparait à travers les propos d'une professionnelle, qui évoque la situation d'un père accueilli consommant de l'alcool et du cannabis en la mettant en parallèle avec les situations des mères accueillies dans la structure qui, elles, ne semblent pas présenter de problématiques spécifiques. Cela rejoint les études menées actuellement sur les liens entre consommations de substances addictives et genre, qui tendent à montrer que les femmes sont moins consommatrices régulières de substances que les hommes, et qu'elles rencontrent aussi des risques spécifiques lorsqu'elles développent des conduites addictives (plus grande stigmatisation que les hommes, liens plus marqués entre consommation et violences vécues...)<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Le Nézet O., Philippon A., Lahaie E., Andler R. *Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020 relatifs à l'usage de cannabis en population adulte*. Note 2021-06. Paris, OFDT, 2021, 6 p.

<sup>11</sup> Dans sa lettre Tendances n°17 de mars 2017, intitulée "Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ?", l'OFDT rappelle que le genre joue un rôle important dans les pratiques addictives, les femmes étant globalement moins concernées que les hommes (hormis pour les médicaments psychotropes). Même si les femmes peuvent être presque aussi nombreuses que les hommes à avoir déjà consommé une substance dans leur vie, leur part diminue quand la consommation augmente en fréquence et/ou en quantité.

- **Du côté des structures de la branche Urgence**

Les résultats statistiques laissent entrevoir un lien significativement caractérisant entre le fait d'être une structure de la branche Urgence et celui de ne pas repérer de consommation fréquente d'alcool.

Pourtant, si au cours des entretiens, c'est bien la consommation de cannabis qui est évoquée par le responsable de deux structures de la branche Urgence, l'alcool est lui-aussi identifié et présenté lors de certains entretiens comme étant la substance susceptible de provoquer le plus de difficultés pour l'accompagnement par les professionnels, et pour le collectif de manière générale (mention de violences). Cependant, par rapport aux résidences intergénérationnelles, les conduites addictives liées à l'alcool semblent concerner un nombre relativement restreint de personnes (en majorité des hommes), ou alors s'avère être présent de manière très cyclique au sein de la structure. La consommation de tabac à chiquer est également soulignée par une professionnelle.

- **Du côté des logements individuels en diffus**

Pour les logements individuels, l'analyse statistique ne permet pas d'établir un lien significativement caractérisant entre ce type de structures et le repérage de l'une ou l'autre des consommations.

Pourtant, au sein des équipes de logements individuels en diffus, les conduites addictives liées à l'alcool ont été largement mises en avant lors des entretiens : il s'agit de l'addiction "la plus criante et la plus repérable", celle qui "s'identifie le plus rapidement". Toutes les équipes l'évoquent, en soulignant assez vite ce qui peut entourer la consommation : difficultés financières pour payer le loyer, isolement, personne alcoolisée, difficultés pour les personnes à "s'occuper d'elles-mêmes et de leur environnement", etc. La visibilité des conduites addictives à l'alcool, ou du moins de certaines d'entre elles, paraît très liée à la problématique du voisinage (plaintes des voisins qui remontent à l'équipe), et à la réalisation d'entretiens à domicile par les équipes. En ce sens, l'un des professionnels rencontrés pointe du doigt l'opportunité que peuvent représenter ces visites :

“ Quand une personne me reçoit dans son appartement et qu'elle est alcoolisée, elle offre la possibilité de partager une habitude de vie [...] C'est un point d'accroche plus facile pour mettre les choses au travail tranquillement.

Deux professionnels, issus de deux équipes différentes, mettent également en avant la spécificité du public et l'impact que peut avoir l'intégration d'un logement : l'une des professionnelles explique au cours de l'entretien que certaines des personnes logées avaient auparavant un réseau lié à la rue et à la consommation. L'intégration d'un logement peut signifier un isolement plus important, et peut devenir un lieu de repli pour consommer facilement. Un autre professionnel mentionne quant à lui le fait que certaines personnes ont pu bénéficier de soins addictions à leur arrivée, et ont été régulées dans le collectif (en CHRS, par exemple). Or, parfois, à l'arrivée dans le logement les addictions se réactivent, la consommation devient une façon de gérer sa propre angoisse face à l'isolement et au "vide" que les personnes peuvent ressentir une fois qu'elles n'ont plus à mener de stratégies de lutte, de survie.

- **Du côté des pensions de famille**

L'analyse des données issues du questionnaire fait ressortir un lien très significatif entre le fait d'appartenir à la catégorie des pensions de famille et celui de repérer des consommations fréquentes de produits diversifiés. En effet, le fait d'être une pension de famille est significativement caractérisé par le fait de repérer des consommations fréquentes de mélanges, de cocaïne et de ses dérivés, d'alcool, de médicaments en mésusage, d'amphétamines, de tabac, de jeux et d'écrans et de cannabis.

Les trois pensions de familles s'exprimant en entretiens soulignent que leurs publics sont très fréquemment concernés par des addictions, associées à une fragilité globale notamment sur le plan de la santé mentale. L'une d'entre elles explique que tous les résidents sont concernés par la consommation addictive d'alcool, mais que la démarche de réduction des risques, et notamment au sein du conseil de maison, permet de s'autoriser à en parler. En revanche, les substances injectables demeurent plus invisibles, et les professionnels citent le cas d'un résident allant de plus en plus mal

sans que l'usage de ces substances n'aient été observé. Cette équipe souligne beaucoup utiliser le *Guide des pensions de familles*<sup>12</sup> pour répondre à diverses questions, dont celles concernant les drogues. Subsistent tout de même des interrogations sur les choix éthiques impliqués par les constats de consommations de produits non légaux, *a fortiori* si des activités de revente peuvent être présentes...

Les structures rencontrées, conformément au cadre des pensions de famille, autorisent la consommation d'alcool dans les logements, et l'une des trois l'autorise également dans les lieux collectifs, ce qui n'est pas le cas des stupéfiants qui sont interdits légalement. Le fait d'autoriser la consommation de substances addictives dans ces lieux s'ancre dans une démarche de réduction des risques et d'accompagnement à la consommation. La réduction des risques, qui se déploie dans les pratiques de soin, d'insertion, d'accompagnement social... se base sur des principes d'intervention comprenant la suspension du jugement moral sur les personnes et leur consommation, l'accueil inconditionnel (la personne est accueillie là où elle est, sans poser comme préalable à l'accueil l'arrêt des consommations) et la participation de la personne à l'élaboration et la mise en œuvre des interventions qui lui sont destinées.

D'autre part, les pathologies associées aux addictions sont aussi citées comme un enjeu de santé observé dans le public des pensions de famille, et peuvent être abordées dans des temps conviviaux ou des groupes de paroles, une structure donnant l'exemple des pathologies cardiaques abordées ainsi, en lien avec le tabac et l'alimentation.

#### **D. Les publics concernés par le repérage au sein ou non des structures initiant des actions spécialisées**

Ces observations viennent compléter la partie précédente où le type de structure induit différents fonctionnements, eux-mêmes liés au type de public.

Si l'on regarde la Q15 du questionnaire (à laquelle seules 118 structures et équipes ont répondu), on remarque que le domaine des addictions est celui pour lesquelles les structures et équipes sont le plus mobilisées : 66,1 % d'entre elles (n=133) mettent déjà en œuvre ou ont une idée d'action à mener dans ce domaine (voir *Tableau 5*). C'est particulièrement le cas, on l'a déjà vu, au sein des pensions de famille (82,1 % d'entre elles mettent en œuvre une action sur ce domaine) et des logements individuels en diffus (63,4 %) pour la branche Logement, ainsi qu'au sein de la branche Urgence (69,2 % des structures mettent en place une action sur les addictions) (voir *Tableau 10*). Un peu moins de la moitié des résidences intergénérationnelles (45,0 %) et 1 résidence sociale/FJT sur 3 investissent ce domaine de santé (voir *tableau 9 et 10*).

**Tableau 9. Mise en place d'actions et/ou idées d'actions sur la thématique des addictions en fonction du type de structure/équipe (effectifs)**

	Pas d'action / idée d'action sur les addictions	Mise en place d'une action / idée d'action sur les addictions	Total général
<b>Branche Logement</b>	<b>36</b>	<b>69</b>	<b>105</b>
Logements individuels en diffus	15	26	41
Pensions de famille	7	32	39
Résidences intergénérationnelles	11	9	20
Résidences sociales et FJT *	2	1	3
Autres *	1	1	2
<b>Branche Urgence</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>13</b>
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

<sup>12</sup> <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/le-guide-de-la-pension-de-famille-vient-de-sortir> :  
<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-12/GuidePensionFamille-VF.pdf>

Lecture : Parmi les 41 structures de logement individuel en diffus, 15 structures n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 26 structures ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif de structures/équipes concernées (moins de 10).

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 10. Mise en place d'actions et/ou idées d'actions sur la thématique des addictions en fonction du type de structure/équipe (pourcentages en ligne)**

	Pas d'action / idée d'action sur les addictions	Mise en place d'une action / idée d'action sur les addictions	Total général
<b>Branche Logement</b>	<b>34,3%</b>	<b>65,7%</b>	<b>100,0%</b>
Logements individuels en diffus	36,6%	63,4%	100,0%
Pensions de famille	17,9%	82,1%	100,0%
Résidences intergénérationnelles	55,0%	45,0%	100,0%
Résidences sociales et FJT *	66,7%	33,3%	100,0%
Autres *	50,0%	50,0%	100,0%
<b>Branche Urgence</b>	<b>30,8%</b>	<b>69,2%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total général</b>	<b>33,9%</b>	<b>66,1%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 63,4 % des structures de logements individuels en diffus ont une idée d'action ou une action déjà en cours concernant les addictions ; 36,6 % n'ont ni idée d'action ni action en cours sur cette thématique.

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif de structures/équipes concernées (moins de 10).

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Le tableau 11 permet d'affiner l'approche car l'ensemble des 133 structures et équipes y ont répondu. Les proportions sont du même ordre que les résultats apportés par l'analyse du tableau 9 : 68,4 % des structures et équipes ont le sujet des addictions comme axe de travail avec les personnes accompagnées (voir Tableau 12).

**Tableau 11. Mise en place ou non d'un axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure/équipe (effectifs)**

	Les addictions sont un axe de travail	Les addictions ne sont pas un axe de travail	Total général
<b>Branche Logement</b>	<b>85</b>	<b>35</b>	<b>120</b>
Hébergements d'urgence *	2	2	4
Logements individuels en diffus	23	19	42
Pensions de famille	42	1	43
Résidences intergénérationnelles	13	11	24
Résidences sociales et FJT *	4	1	5
Autres *	1	1	2
<b>Branche Urgence</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>
<b>Total général</b>	<b>91</b>	<b>42</b>	<b>133</b>

Lecture : Parmi les 42 structures de logement individuel en diffus, 23 structures ont un axe de travail sur les addictions et 19.

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif de structures/équipes concernées (moins de 10).

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 12. Mise en place ou non d'un axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure/équipe (pourcentages en ligne)**

	Les addictions sont un axe de travail	Les addictions ne sont pas un axe de travail	Total général
<b>Branche Logement</b>	<b>70,8%</b>	<b>29,2%</b>	<b>100,0%</b>
Hébergements d'urgence *	50,0%	50,0%	100,0%
Logements individuels en diffus	54,8%	45,2%	100,0%
Pensions de famille	97,7%	2,3%	100,0%
Résidences intergénérationnelles	54,2%	45,8%	100,0%
Résidences sociales et FJT *	80,0%	20,0%	100,0%
Autres *	50,0%	50,0%	100,0%
<b>Branche Urgence</b>	<b>46,2%</b>	<b>53,8%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total général</b>	<b>68,4%</b>	<b>31,6%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : Pour 54,8 % des structures de logements individuels en diffus, la thématique des addictions est un axe de travail ; elle ne l'est pas pour 45,2 % d'entre elles.

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif de structures/équipes concernées (moins de 10).

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

En cherchant à aller plus dans le détail, on constate que la mise en place d'actions, ou la réflexion autour d'une idée d'action concernant les addictions, est fortement corrélée à la détection de problématiques chez un public d'hommes adultes. Sur les 78 structures et équipes investissant ce domaine de santé, 73 (soit 93,6 % du total) ont répondu constater des problèmes de santé chez les hommes adultes (voir tableau 13 et Tableau 14).

Cette proportion baisse lorsque l'on regarde le nombre de structures et équipes constatant des problématiques de santé chez les femmes adultes (65 structures et équipes, soit 83,3 % de celles investissant le domaine des addictions) (voir Tableau 14 et Tableau 15). Cette corrélation entre type de public rencontrant des problématiques de santé et actions (ou idées d'action) concernant les addictions baisse considérablement lorsque l'on regarde les autres catégories : 38 structures et équipes du côté des hommes âgés (soit 48,7 % des structures et équipes), 37 du côté des femmes âgées (soit 47,4 % des structures et équipes) (voir tableau 21 et Tableau 22), et seulement 12 du côté des adolescents de 12 à 18 ans (15,4 % des structures et équipes) (voir Tableau 19 et Tableau 20) et 10 du côté des enfants (soit 12,8 % des structures et équipes<sup>13</sup>) (voir Tableaux 17 et 18).

**Tableau 13. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes adultes (effectifs)**

Effectifs	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
<b>Problématiques de santé repérées chez les hommes adultes</b>			
Non	10	5	15
Oui	30	73	103
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 15 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public d'hommes adultes, 10 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 5 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

<sup>13</sup> Aller voir du côté des études menées sur les addictions : dans les faits, public hommes adultes plus exposés ? Ou détection plus systématique ?

**Tableau 14. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes adultes (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne Problématiques de santé repérées chez les hommes adultes	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	25,0%	6,4%	12,7%
Oui	75,0%	93,6%	87,3%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 75,0 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public d'hommes adultes ; 25,0 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 15. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes adultes (effectifs)**

Effectifs Problématiques de santé repérées chez les femmes adultes	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	12	13	25
Oui	28	65	93
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 25 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public de femmes adultes, 12 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 13 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 16. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes adultes (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne Problématiques de santé repérées chez les femmes adultes	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	30,0%	16,7%	21,2%
Oui	70,0%	83,3%	78,8%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 70,0 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public de femmes adultes ; 30,0 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 17. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les enfants (moins de 12 ans) (effectifs)**

Effectifs Problématiques de santé repérées chez les enfants (moins de 12 ans)	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	34	68	102
Oui	6	10	16
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 102 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public d'enfants, 34 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 68 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 18. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les enfants (moins de 12 ans) (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne	Action ou idée d'action Addictions		
Problématiques de santé repérées chez les enfants (moins de 12 ans)	Non	Oui	Total général
Non	85,0%	87,2%	86,4%
Oui	15,0%	12,8%	13,6%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 15,0 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public d'enfants ; 85,0 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 19. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les adolescents (12-18 ans) (effectifs)**

Effectifs	Action ou idée d'action Addictions		
Problématiques de santé repérées chez les adolescents (12-18 ans)	Non	Oui	Total général
Non	33	66	99
Oui	7	12	19
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 99 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public d'adolescents, 33 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 66 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 20. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les adolescents (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne	Action ou idée d'action Addictions		
Problématiques de santé repérées chez les adolescents (12-18 ans)	Non	Oui	Total général
Non	82,5%	84,6%	83,9%
Oui	17,5%	15,4%	16,1%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 17,5 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public d'adolescents ; 82,5 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 21. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes âgées (effectifs)**

Effectifs	Action ou idée d'action Addictions		
Problématiques de santé repérées chez les femmes âgées	Non	Oui	Total général
Non	18	41	59
Oui	22	37	59
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 59 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public de femmes âgées, 18 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 41 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE



**Tableau 22. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes âgées (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne Problématiques de santé repérées chez les femmes âgées	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	45,0%	52,6%	50,0%
Oui	55,0%	47,4%	50,0%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 55,0 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public de femmes âgées ; 82,5 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 23. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes âgés (effectifs)**

Effectifs Problématiques de santé repérées chez les hommes âgés	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	19	40	59
Oui	21	38	59
<b>Total général</b>	<b>40</b>	<b>78</b>	<b>118</b>

Lecture : Parmi les 59 structures/équipes ne constatant pas de problématiques de santé chez un public d'hommes âgés, 19 structures/équipes n'ont pas d'idée d'action ou d'action en cours concernant les addictions ; 40 structures/équipes ont une idée d'action ou une action en cours concernant les addictions.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

**Tableau 24. Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes âgés (pourcentages en colonne)**

Pourcentages en colonne Problématiques de santé repérées chez les hommes âgés	Action ou idée d'action Addictions		
	Non	Oui	Total général
Non	47,5%	51,3%	50,0%
Oui	52,5%	48,7%	50,0%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 52,5 % des structures/équipes n'ayant ni idée d'action ni action en cours sur les addictions repèrent des problématiques de santé chez leur public d'hommes âgés ; 47,5 % de ces structures/équipes n'en repèrent pas.

Source : *La santé dans les structures d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

### **E. Des actions mises en place ou envisagées pour traiter prioritairement certaines addictions repérées (alcool, tabac et cannabis), plus que d'autres (médicaments et cocaïne)**

Le repérage de la consommation fréquente de certains produits dans le public des bénéficiaires n'entraîne pas toujours la mise en œuvre d'actions ciblant spécifiquement cette consommation : cela semble dépendre du type de produit consommé.

On prend le parti, ici, de prendre en compte dans l'analyse les structures « incertaines » quant au repérage d'addictions : si elles sont incertaines, c'est bien, malgré tout, qu'un doute existe quant à la consommation des produits cités.

Ainsi, l'addiction à l'alcool est celle qui paraît faire le plus réagir les structures : presque une structure sur deux (47,1 %) qui repère ou émet un doute sur une consommation fréquente d'alcool chez son public met également en œuvre une action ciblant spécifiquement l'alcool. Une résidence intergénérationnelle se distingue car elle met en œuvre des actions portant sur l'alcool sans pour

autant avoir repéré une addiction à ce produit chez ses usagers. On peut faire l'hypothèse ici que ces actions sont mises en œuvre dans le cadre d'une volonté de prévention.

Viennent ensuite le cannabis et le tabac, pour lesquels 3 structures sur 10 (respectivement 29,4% et 29,3%) ayant repéré une consommation fréquente de ces produits mettent en œuvre une action les concernant. Ici aussi, une pension de famille se démarque en cela qu'elle met en place des actions visant la consommation de cannabis sans avoir pourtant repéré de consommation de ce produit chez ses usagers.

Enfin, la consommation de médicaments chez les bénéficiaires des structures, bien que souvent repérée, ne semble pas être un élément déclencheur d'actions concernant l'addiction à ce produit : seules 4 structures sur 102 ayant constaté ce type de consommation mettent en œuvre une action visant à y répondre.

**Tableau 25. Part des répondants repérant une addiction par substance concernée, part des répondants parmi eux mettant en œuvre une action ciblant cette substance en particulier, et part des répondants mettant en œuvre une action concernant les addictions qu'une addiction soit repérée ou non sur cette substance.**

Pourcentage en ligne

Produit concerné	Addiction repérée		Mise en œuvre d'une action ciblant cette addiction en particulier	Part des structures mettant en œuvre une action, qu'une addiction soit repérée ou non
Alcool	Oui, de façon certaine	97	54	55,7%
	Oui et soupçons (incertains)	119	56	47,1%
	Non	14	1	7,1%
Cannabis	Oui, de façon certaine	81	30	37,0%
	Oui et soupçons (incertains)	109	32	29,4%
	Non	21	1	4,8%
Tabac	Oui, de façon certaine	116	36	31,0%
	Oui et soupçons (incertains)	123	36	29,3%
	Non	9	0	0,0%
Médicaments	Oui, de façon certaine	57	3	5,3%
	Oui et soupçons (incertains)	102	4	3,9%
	Non	27	0	0,0%
Cocaïne et dérivés	Oui, de façon certaine	0		
	Oui et soupçons (incertains)	4	0	0,0%
	Non	23	1	4,3%

Lecture : Parmi les 97 structures ayant repéré de façon certaine une addiction à l'alcool chez leurs usagers, 54 (soit 55,7 %) mettent en place une action ciblant spécifiquement l'addiction à ce produit.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

On peut supposer que certaines substances sont considérées par les structures comme ayant un impact plus important sur la santé des personnes, et éventuellement sur les relations interpersonnelles ou sur la vie de la structure de manière générale : leur présence justifierait alors une mise en place plus systématique d'actions en la matière.

On peut également penser que les constats et observations dépendent des connaissances globales sur les addictions potentielles qu'ont les équipes, or les dépendances à certains produits (comme les médicaments) peuvent être relativement invisibles, soit car elles semblent ordinaires et non problématiques, soit car les équipes n'ont pas de possibilités d'observer des effets de dépendances sur les personnes. Dans les cas où la formation des professionnels est moins aboutie sur un sujet, alors les actions sont plus difficiles à imaginer : c'est le cas des addictions à certaines substances, mais également dans d'autres domaines de santé, telles que les violences subies par les femmes.

L'importance quantitative des phénomènes pose également question : à partir de combien de personnes identifiées comme consommatrices d'une substance addictive la mise en place d'une action est-elle envisagée ?

Plus généralement, sur la nature des actions, à partir de quel moment est-ce que l'on passe de démarches individuelles (mise en place d'un suivi individuel, ou d'une orientation pour la personne accompagnée) à des démarches collectives ?

Enfin, se pose aussi la question de la détection de certaines addictions : alors que le tabac et l'alcool sont très largement détectés au sein des structures, on peut faire l'hypothèse que d'autres substances, illégales, ont été moins observées en raison de consommations qui se font dans des espaces privés et/ou cachés (la cocaïne et ses dérivés par exemple).

“ L'alcool n'est pas interdit dans le logement, ni dans le collectif. Par contre c'est le cas des stupéfiants, particulièrement les injectables. [...] Et là on le constate, on ne peut pas faire comme si on n'avait rien vu... On a beaucoup de réflexions à ce sujet : on fait quoi ?

Les questionnements des équipes font alors apparaître la dualité constitutive du rôle d'accompagnant : entre l'incarnation d'une personne de confiance et le devoir de déclarer un potentiel trafic en tant que bailleur. Ici, les actions décidées (hospitaliser sous contrainte, déclarer ou non les infractions constatées concernant les stupéfiants) ont souvent été amplement discutées avec l'infirmière coordinatrice, et parfois c'est elle qui a signé les documents d'hospitalisation. Les postures concernant les addictions n'importent donc pas les mêmes axes de questionnement selon qu'il s'agit de substances légales et illégales : ces enjeux ne se posent pas concernant l'alcool et le tabac, et n'ont pas non plus été cités concernant le cannabis, alors que les substances injectables font apparaître ces tensions. Au-delà de l'illégalité et des trafics possibles, la différence entre ces substances se situe aussi dans leur dangerosité à court terme : le cannabis ne produit pas d'overdose et n'est pas, sauf cas très rares, associé à des risques imminents pour la santé.

#### **4. Réduction des risques abordée par l'individuel, par la mobilisation des partenaires et en faisant des liens avec le regard sur la santé mentale**

##### **A. Suivis individuels et gestion des urgences, pour définir les axes de travail concernant les addictions**

Globalement, pour près de deux tiers des structures, les addictions apparaissent comme un axe de travail. Les modalités concrètes (détaillées ci-dessous) sont diverses mais plus fréquemment inscrites dans l'accompagnement individuel et la réponse aux incidents liés à la consommation.

Pour la grande majorité des structures (68,4 %), les addictions constituent donc un axe de travail qui peut prendre différentes formes, de l'accompagnement individuel à l'accompagnement collectif en passant par la gestion des urgences.

Dans l'ensemble, ce sont les actions visant un accompagnement individuel des personnes qui sont les plus investies : la quasi-totalité des structures ayant cité les addictions comme un axe de travail (94,5 %) mettent au moins en place un accompagnement individuel, parfois complété par la gestion des urgences (pour 48,4 % d'entre elles) ou, beaucoup plus rarement, par des actions collectives (pour 17,6 % d'entre elles).

**Tableau 26. En fonction du type de structure, part des structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions, par des structures ayant un axe passant par l'accompagnement individuel, et/ou les actions collectives, et/ou la gestion des incidents liés à la consommation de produits addictifs.**

	Structures ayant un axe de travail sur les addictions	Structures pour lesquelles cet axe de travail passe par la mise en œuvre d'un accompagnement individuel	Structures pour lesquelles cet axe de travail passe par la mise en œuvre d'actions collectives	Structures pour lesquelles cet axe de travail passe par la gestion des incidents liés à la consommation de produits addictifs
<b>Branche Logement</b>	<b>85</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>41</b>
Logements individuels en diffus	23	23	1	7
Résidences intergénérationnelles	13	10	1	5
Hébergements d'urgence *	2	2	1	1
Pensions de famille	42	40	12	27
Résidences sociales et FJT *	4	4	0	1
Autres *	1	1	0	0
<b>Branche Urgence *</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>86</b>	<b>16</b>	<b>44</b>

Lecture : Sur les 91 structures citant les addictions comme un axe de travail, 86 mettent au moins en place un accompagnement individuel, soit 94,5 % d'entre elles.

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif des structures concernées.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Pour les pensions de famille en particulier, les entretiens nous permettent de préciser les choses : les addictions sont certes abordées au plan individuel avec la personne, quand elle le souhaite ou quand elle est perçue comme en danger. Mais le quotidien des salariés et des bénévoles consiste à garantir la possibilité d'une vie collective qui rompe l'isolement que la personne a pu connaître dans d'autres périodes de sa vie, sans logement ou en logement autonome classique. De ce fait, les liens entre les habitants sont l'objet de nombreuses réflexions afin d'organiser un aménagement de l'espace et une dynamique d'activités qui suscitent un élan positif pour chacun : se lancer dans un potager ou dans un projet artistique, organiser des repas collectifs, instaurer une vie communautaire parfois plus élaborée... Tous ces formats reposent sur la participation des personnes et sur l'effet positif qu'aura un collectif sur chacun. Dans ce cadre, l'accueil d'un nouveau résident encore fortement ancré dans des addictions (à des produits dont le sevrage est moins simple que pour d'autres, ou bien avec un refus d'être accompagné à ce sujet) peut être mis en balance avec le risque de déstabiliser un groupe qui fonctionne bien, et de tenter des personnes dont le sevrage est ancien et qui pourraient replonger dans la dépendance.

“ On essaie de ne pas intégrer des personnes quand elles sont encore trop dans la consommation de produits et d'alcool. Car la vie communautaire devient dure pour le résident, et pour les autres aussi. Une personne en sevrage d'alcool depuis plus d'un an a replongé dans l'alcool avec des allers-retours, mais il y a de moins en moins de places à l'hôpital.

“ On a fait un travail avec un addictologue qui était super... il a pointé le fait que même si A buvait, il pouvait revenir. Et finalement, il a pu arrêter de boire quand il s'est rendu compte que même s'il continuait on le gardait.

Or, quand on lit les tableaux, les actions collectives semblent peu souvent mobilisées par les structures pour répondre aux addictions, et quand elles le sont, elles le sont très peu fréquemment : 9 structures mettant en œuvre des actions collectives le font moins de trois fois par an. Celles qui en font plus de 8 fois par an sont exclusivement des pensions de famille.

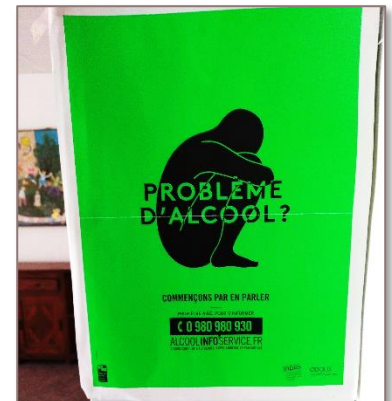
Ces résultats peuvent cependant être un peu minorés par le fait qu'il soit possible que ces actions collectives soient menées ponctuellement, au fil du travail avec des bénéficiaires pouvant rester vivre plusieurs années dans la même structure.

De plus, même si nous avons posé la question "en général", il est possible que les équipes se soient basées sur les deux dernières années, or la crise sanitaire a empêché les événements collectifs pour les années 2020 et 2021.

L'articulation du collectif et de l'individuel est donc bien présente, dans les pensions de familles ou les maisons intergénérationnelles, et bien ancrée dans une démarche de réduction des risques, même si les actions collectives en tant que telles (des ateliers, des informations collectives, etc.) ne sont pas souvent cochées comme modalité dans le questionnaire. En revanche, dans les autres types de structures, c'est parfois moins évident d'articuler ces deux dimensions. Ainsi, des salariés en logement diffus expliquent :

- “ Sur certaines thématiques il y a une co-responsabilité avec les partenaires du soin : sur les addictions par exemple, nous on peut identifier, orienter, écouter.
- “ Mme B : ce n'est pas nos missions principales mais on se retrouve à le faire parce que notre mission c'est d'identifier ce qui peut entraîner une rupture dans le parcours de logement. On est "dans la prévention des ruptures"

Affichage dans une maison intergénérationnelle



**Tableau 27. Nombre d'actions collectives réalisées par an, "en général"**

	1 à 3 fois par an	3 à 8 fois par an	Plus de 8 fois par an
Structures mettant en place des actions collectives (n=16)	9	2	5

Lecture : 9 structures mettant en œuvre des actions collectives indiquent qu'elles les réalisent 1 à 3 fois par an.  
 Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

La gestion des incidents liés aux consommations peut s'apparenter, pour certaines structures, à un accompagnement de la consommation (pour l'alcool principalement) et ce de manière complètement invisibilisée pour le tabac. Pour les autres substances, non légales, la consommation peut être connue et les incidents se « gérer » de manière différente, notamment en posant la question aux équipes d'agir par rapport à l'illégalité et par rapport aux dangers d'overdose plus immédiats. Cette gestion des incidents renvoie aux risques pour la personne (overdose, moindre autonomie et altération de la capacité de consentement, chute, problèmes de santé à long terme...) mais aussi à ceux qu'encourt le voisinage du consommateur (tentations, violences, incompréhension et envie d'intervenir, ...). Dans ce contexte, deux points apparaissent :

- **La place des bénévoles peut devenir délicate, *a fortiori* en l'absence de formations reçues dans ce domaine ;**

Une pension de famille précise le poids reposant sur les bénévoles présents les week-ends, où parfois les risques d'incidents sont importants :

- “ Les difficultés à ce sujet sont souvent rencontrées par les bénévoles : les comportements liés aux consommations vont venir perturber les activités culturelles proposées par les bénévoles. Et ce sont eux aussi qui gèrent la permanence téléphonique du week-end, avec un système d'astreinte. Quand il y a des incidents liés à des personnes qui risquent une overdose, ou qui sont violents envers d'autres résidents, ce sont les bénévoles qui gèrent ça si ça arrive le week-end, et c'est très difficile.

- **La gestion des incidents peut devenir une course contre la montre : les urgences s'enchaînent les unes avec les autres, et le travail de fond ne peut plus être traité.**

On le voit en creux avec ce contre-exemple donné par cette pension de famille qui témoigne de l'évolution du cadre et de l'effet sur la dynamique globale :

- “ Avant on cherchait surtout à structurer, à gagner. Maintenant on peut s'autoriser plus de fantaisie, on a moins de stress, on a une bonne organisation et ça va. On a une dynamique agréable.
- “ Par exemple on a une bénévoles qui propose du massage bien-être... c'est assez magique. Il y a des personnes qui ont été mal toute leur vie, qui sont très tendus, qui ont un vécu depuis l'enfance très chargé, très douloureux ... et là ils vont réussir à se détendre. A présenter ensuite un visage comme on les a jamais vus...
- “ Globalement on est attachés à construire un environnement agréable. Par exemple aussi on a installé devant chaque logement une petite table d'extérieur, ça permet de prendre le café avec la voisine. Ça suscite du contact, des liens, de l'entraide.

Cependant, pour un tiers des structures (31,6 %), la thématique des addictions ne constitue pas un axe de travail avec les personnes accompagnées.

Les structures de la branche Urgence (53,8 %) sont proportionnellement plus concernées par cette situation que celles de la branche Logement (28,8 %).

Dans les entretiens avec les structures de la branche Urgence, nous avons effectivement entendu les professionnels expliquer cette situation en indiquant que les addictions sont marginales en général, du fait des caractéristiques culturelles du public, et en particulier concernant des substances comme l'alcool qui peuvent provoquer des violences, des comportements perturbés, des chutes, du bruit, ou des incidents graves comme des comas.

Les professionnels de la branche Urgence soulignent également que, quand elles existent, les addictions concernent des substances dont la consommation est culturelle, et surtout qu'en les appréhendant comme un moyen de pallier des angoisses liées à l'exil et aux souffrances subies dans ce parcours, on a alors une clé de lecture qui fait pencher davantage vers la santé mentale que vers l'accompagnement des addictions en tant que telles. (Voir dans la partie : « Un regard sur les addictions pouvant englober les enjeux de santé mentale ? »)

**Tableau 28. Part des structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure.**

Effectifs et pourcentage en ligne

Structures par types	Structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions	Total des structures ayant répondu au questionnaire	Part des structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions par type de structures
<b>Branche Logement</b>	<b>34</b>	<b>118</b>	<b>28,8%</b>
Logements individuels en diffus	19	42	45,2%
Résidences intergénérationnelles	11	24	45,8%
Hébergements d'urgence *	2	4	50,0%
Pensions de famille	1	43	2,3%
Résidences sociales et FJT *	1	5	20,0%
<b>Branche Urgence</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>53,8%</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>131</b>	<b>31,3%</b>

Lecture : 34 structures des 118 de la Branche Logement n'ont pas d'axe de travail sur les addictions, soit 28,8 % d'entre elles.

\* Données non significatives en raison de l'effectif total trop faible (moins de 10 structures).

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

#### A. Agir au niveau individuel davantage que par des actions collectives mais en ayant le souci de favoriser une vie collective stimulante

L'étude de la mobilisation des outils confirme une nouvelle fois le fait que les actions individuelles sont plus portées par les structures que les actions collectives. Elles permettent de s'ajuster au plus près aux besoins des personnes, et sont aussi plus ancrées dans les pratiques actuelles du travail social : les cursus de formation des différents diplômes d'Etat par exemple y consacrant un temps important.

Ainsi, 63,2 % des structures disent mettre en place au moins un suivi individuel et de l'orientation ou de l'accompagnement physique pour les soins des personnes suivies ; un quart (25,6 %) organisent des rencontres individuelles avec des intervenants spécifiques.

21,8 % des structures misent sur l'affichage et/ou la mise à disposition d'outils de réduction des risques et des dommages, qui impliquent un fort investissement initial de mise en place, mais parfois moins de personnel. Cependant, il est possible que la modalité de réponse autour de la réduction des risques et des dommages (RDRD) ait été peu cochée car elle évoquait des outils, donc potentiellement des procédures, du matériel ou des actions estampillées « RDR ». Or, cette démarche couvre un large spectre de mises en œuvre avec comme socle commun le refus de stigmatiser les addictions, la volonté de les rendre visibles et accompagnées.

Les entretiens montrent, on le verra plus loin, que les équipes et structures connaissent souvent la RDR et cherchent à la mettre en œuvre. Les ateliers thématiques et/ou groupes d'entraide entre pairs concernés par une problématique semblent très peu mobilisés en observant les données quantitatives, alors que dans les entretiens l'analyse de la construction des liens et d'un voisinage apaisé est un facteur d'entraide souvent cité, bien que la pair-aidance formelle (par l'embauche d'un travailleur pair par exemple) n'apparaisse pas dans les éléments recueillis.

La pair-aidance est une façon d'agir très valorisée dans le champ de l'addictologie, de façon historique, cohabitant avec les approches médicales. De manière parallèle, le champ de la santé mentale promeut aussi des figures de pairs-aidant, au sein des GEM (groupes d'entraide mutuels), ou de façon plus informelle. Cependant, même si les approches de réduction des risques et du rétablissement sont de mieux en mieux diffusées et appropriées les équipes (pour la première en tout cas concernant Habitat et Humanisme au vu des données récoltées ici), on observe que l'acculturation à ces nouvelles pratiques est lente à se déployer, et qu'au sein d'Habitat et Humanisme, au moment de l'enquête, les figures de travailleurs pairs n'étaient pas citées. Cela dit, il y a fort à parier qu'en lisant les modalités proposées, les structures n'aient pas coché la modalité « entraide entre pairs... » en pensant que cela n'était pas une action dédiée chez eux, alors même que de façon implicite et non théorisée, cela peut être le cas. Les entretiens ont ainsi montré que l'animation d'une vie collective constitue le quotidien du travail dans les pensions de famille, et dans une moindre mesure dans les maisons intergénérationnelles, qui postulent alors que des relations aidantes et soutenantes seront au principe d'un mieux-être des bénéficiaires, s'agissant des addictions comme de sujets différents. Les savoirs expérientiels sont donc encore peu mobilisés de manière explicite et théorisée dans les équipes, mais un processus semble enclenché, quand l'attention aux relations entre pairs occupe si fortement les actions professionnelles.

**Tableau 29. En fonction du type de structure, part des structures ayant choisi notamment cette modalité parmi les 6 proposées, concernant les actions réalisées dans le domaine des addictions.**

Réponse à choix multiple	Affichages	Mise à disposition d'outils de réduction des risques et des dommages	Entraide entre pairs concernés par une problématique	Rencontres individuelles avec un intervenant spécifique	Ateliers collectif thématiques	Suivi individuel et orientation, ou accompagnement physique pour des soins	Nombre total de structures
<b>Branche Logement</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>120</b>
Logements individuels en diffus	4	0	0	7	1	23	42
Résidences intergénérationnelles	1	0	0	3	1	11	24
Hébergements d'urgence *	2	0	0	0	0	2	4
Pensions de famille	10	8	5	21	3	38	43
Résidences sociales et FJT *	2	1	0	1	2	3	5
Autres *	1	0	0	0	0	1	2
<b>Branche Urgence *</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>84</b>	<b>133</b>

Lecture en ligne : Au sein de la Branche logement, soit 120 structures, les structures se répartissent ainsi quant au choix des modalités d'action concernant les addictions (elles peuvent avoir choisi plusieurs modalités) : 20 font notamment des affichages, 9 ont notamment une mise à disposition d'outils de réduction des risques et des dommages, etc.

Lecture en colonne : Parmi les 20 structures qui réalisent notamment des affichages parmi les différentes actions possibles concernant les addictions, se trouvent 4 équipes de logements individuels en diffus, 1 résidence intergénérationnelle...

(voir tableau des pourcentages ci-dessous)

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif des structures concernées.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE



**Tableau 30. En fonction du type de structure, part des structures ayant choisi notamment cette modalité parmi les 6 proposées, concernant les actions réalisées dans le domaine des addictions.**

Pourcentage sur le total des structures de ce type (chaque colonne est indépendante).

Réponse à choix multiple	Part des structures par type mettant en œuvre des affichages	Part des structures par type mettant à disposition des outils de réduction des risques et des dommages	Part des structures par type mettant en œuvre une entraide entre pairs concernés par une problématique	Part des structures par type mettant en œuvre des rencontres individuelles avec un intervenant spécifique	Part des structures par type mettant en œuvre des ateliers collectif thématiques	Part des structures par type mettant en œuvre un suivi individuel et orientation, ou accompagnement physique pour des soins
<b>Branche Logement</b>	<b>16,7%</b>	<b>7,5%</b>	<b>4,2%</b>	<b>26,7%</b>	<b>5,8%</b>	<b>65,0%</b>
Logements individuels en diffus	9,5%	0,0%	0,0%	16,7%	2,4%	54,8%
Résidences intergénérationnelles	4,2%	0,0%	0,0%	12,5%	4,2%	45,8%
Hébergements d'urgence *	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Pensions de famille	23,3%	18,6%	11,6%	48,8%	7,0%	88,4%
Résidences sociales et FJT *	40,0%	20,0%	0,0%	20,0%	40,0%	60,0%
Autres *	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
<b>Branche Urgence *</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>15,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>46,2%</b>
<b>Total des répondants choisissant au moins cette modalité</b>	<b>15,0%</b>	<b>6,8%</b>	<b>3,8%</b>	<b>25,6%</b>	<b>6,0%</b>	<b>63,2%</b>

Lecture en ligne : Au sein de la Branche logement, les structures se répartissent ainsi quant au choix des modalités d'action concernant les addictions (elles peuvent avoir choisi plusieurs modalités) : 16,7% font notamment des affichages, 7,5% ont notamment une mise à disposition d'outils de réduction des risques et des dommages, etc.

Lecture en colonne : Les structures qui réalisent notamment des affichages représentent 15% du total. Parmi elles, on trouve 9,5% du total des équipes en logement individuel, 4,2% du total des résidences intergénérationnelles.

(voir tableau des effectifs ci-dessus)

\* Données non significatives en raison du trop faible effectif des structures concernées.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Les problématiques addictives sont plutôt décrites au niveau quantitatif par des actions de suivi individuel, ce que les professionnels précisent en entretien. Ils évoquent très souvent l'importance d'instaurer un lien de confiance avec les personnes, de prendre le temps de la connaissance mutuelle. L'importance de la dimension relationnelle est en effet fondamentale pour les personnes souffrant d'addictions<sup>14</sup>. La question du rôle du professionnel est également mise en avant : rejoignant la philosophie de la réduction des risques, certains soulignent l'importance d'être ouvert d'esprit sur le sujet, de ne pas fixer l'arrêt total de la consommation comme préalable ou comme objectif de l'accompagnement. En ce sens, un travail "step by step" a toute son importance, en ayant

<sup>14</sup> Une étude exploratoire menée par la MRIE avec des personnes hébergées et des travailleurs sociaux en CHRS sur le sujet de l'alcool souligne le fait qu'accompagner les hébergés sur ces questions n'est pas nécessairement une question de soin ou de santé, la dimension relationnelle de l'accompagnement occupe une place très importante pour les personnes souffrant d'addictions, voir : « Accompagnement social et alcool : étude exploratoire en Rhône-Alpes. Alcool, travailleurs sociaux et hébergés en CHRS, quelles relations pour les professionnels et les personnes hébergées », Dossier 2014 Mrie, consultable en ligne : [www.mrie.org](http://www.mrie.org)

une attention particulière au sujet mais sans interpeller la personne directement. En somme, en créant un espace au sein duquel la personne se sente en confiance, et ne se sente pas culpabilisée.

“ On va pas dire “arrête de boire” et que ça soit un préalable : on s’adapte, "aujourd'hui t’es pas en capacité”, on crée un lien dans le temps [...], sans culpabiliser la personne. (une salariée d’une résidence intergénérationnelle)

Un professionnel intervenant à la fois au sein d’une pension de famille et d’une équipe de logements individuels en diffus, tout en soulignant l’importance de s’adapter au temps de la personne, de ne pas l’interpeller directement sur le sujet (à moins qu’elle donne à voir des choses, en accueillant le professionnel dans un état d’ébriété par exemple), exprime le fait que d’autres éléments peuvent être travaillés « autour » de l’addiction.

“ Mais quand l’addiction ne pose pas de problème à la personne : on peut commencer à travailler la question du voisinage, parler de comment réguler... Si la personne amène ensuite la question de la dépendance alors on peut travailler avec elle, orienter vers le CSAPA, en accompagnant physiquement, jusqu’à ce que le relais soit pris par la structure.

Ces enjeux sont importants notamment pour les structures d’habitat collectif, lorsque les autres personnes accueillies expriment des difficultés à cohabiter avec une personne présentant certaines conduites addictives. C’est ce qu’explique une salariée d’une résidence intergénérationnelle : pour elle, son rôle par rapport aux addictions est notamment de "recadrer" lorsque les conduites ont un impact sur le collectif.

Ces postures d’accompagnement ne sont pas évidentes et, surtout, demandent une certaine connaissance sur le sujet des conduites addictives qui, parfois, rendent difficile pour les équipes le fait d’accueillir les personnes telles qu’elles sont. Ces postures induisent de se laisser bousculer dans certaines de ses pratiques professionnelles, de s’adapter. Et de développer des pratiques en équipes, alors même que les perceptions autour des addictions peuvent être très différentes d’une personne à l’autre, d’un professionnel à un autre, d’un bénévole à un professionnel, etc.

Souhaitant préciser le « rôle de chacun dans l’accompagnement », une maison intergénérationnelle nous indique cette répartition dans la manière d’accompagner la santé :

“ Pour les salariés : c’est parfois nécessaire, par exemple : un homme dans le refus de l’accès aux soins... Alors il y a tout un travail pour l’accompagner vers le soin. Il a mis 2 ans ou 2 ans ½. Il s’agissait d’accompagnement vers le soin et d’orienter vers des structures pour les addictions => "aller vers", les accompagner physiquement. Quand il n’y a pas de prise en charge/ un refus de soin/ du déni on ne sait pas comment accompagner (surtout quand il y a des addictions et la personne ne voit pas le problème). Aussi "*on est dans un désert médical*" les gens sont démunis car aller vers le soin relève du parcours du combattant

“ Pour les bénévoles : les bénévoles "on prend pas en charge", n’est pas de leur ressort. Mais c’est bien de nous informer pour qu’on soit à l’écoute.

## B. La mobilisation des partenaires

Du côté des partenaires déjà mobilisés pour les actions réalisées, on voit que les structures spécialisées dans le domaine sont identifiées et sollicitées : 45,1 % des structures mobilisent des CSAPA, 20,3 % des structures sollicitent les associations de prévention et réduction des risques et des dommages, et 9,0 % les CAARUD (voir Tableau 31). Les professionnels libéraux sont le deuxième type de partenaires sollicités ici, ceux-ci peuvent également être spécialisés en addictologie. Les groupes de paroles et d’entraide entre pairs (indépendants ou au sein de GEM : groupes d’entraide mutuelle) sont relativement peu cités, seulement 7,5 % des structures, soit 5,1 % des partenaires cités (voir Tableau 31). Cela dit, certaines structures spécialisées (CAARUD, CSAPA et association de prévention et de RRD) développent ces modalités d’action en leur sein.

**Tableau 31. Mobilisation des partenaires pour les actions portant sur les addictions**

Question 26 : Quels sont les partenaires que vous mobilisez pour ces actions ?

Réponse	Effectifs	Part de cette réponse sur l'ensemble des partenaires cités (n=198) % colonne	Part des structures ayant cité cette réponse sur l'ensemble (n=133)
CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	60	30,3%	45,1%
Professionnels libéraux	42	21,2%	31,6%
Hôpitaux	41	20,7%	30,8%
Association de prévention et Réductions des risques et des dommages	27	13,6%	20,3%
CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues)	12	6,1%	9,0%
Groupe de parole ou d'entraide entre pairs (extérieur)	10	5,1%	7,5%
Autre	6	3,0%	4,5%
Pas de partenariats pour nos actions	5		3,8%
Nous ne parvenons pas à créer de partenariat avec un type d'acteur	3		2,3%
Non affiché	44		33,1%
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100,0%</b>	

Lecture : 60 structures mobilisent un CSAPA pour ces actions, soit 45,1% des structures ayant répondu au questionnaire. 30,3% des structures ayant au moins un partenaire mobilisent un CSAPA.

Source : « Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme », 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Les entretiens nous apportent des éléments complémentaires sur le sujet des structures extérieures mobilisées par les équipes. Indépendamment du type de structure ou d'équipe, un certain nombre de professionnels, lorsqu'ils évoquent les partenaires addictions, mettent en avant les limites qu'ils rencontrent dans leurs pratiques. Si ces partenariats peuvent s'avérer porteurs lorsque la problématique addictive est identifiée par l'équipe et par la personne, et que cette dernière souhaite être accompagnée, ils sont beaucoup moins mobilisables lorsque la personne rejette cet accompagnement (dénier de consommation, envie de se débrouiller seule...) Un nombre important de professionnels évoquent alors le sentiment d'être bloqués, de ne pas avoir assez de clés pour agir dans ce type de situation.

[Par rapport à une personne rencontrant des problématiques d'addiction] : « Son tuteur est en contact avec médecin traitant, qui est prêt à collaborer, mais on ne peut pas obliger la personne à se soigner. » (une salariée d'une résidence intergénérationnelle)

“ Ce n'est simple quand les personnes sont dans le déni, disent "non j'ai arrêté" et reprennent. Il y a un manque de formation pour ne pas casser le lien, pas les braquer [...] Les CAARUD, CSAPA sont des partenaires identifiés, mais pas des partenaires "opérationnels". Quand une problématique est identifiée, il y a une orientation. Mais pour les personnes dans le déni, pour qui c'est pas le moment... comment on négocie le contrat de soin ? Où sont les limites de nos missions ? (une salariée d'une équipe de logements individuels en diffus)

Dans le cas spécifique des équipes de logements individuels en diffus, la problématique de la temporalité est soulevée par l'une des professionnelles : le lien de confiance met du temps à s'instaurer, et il ne s'agit pas d'aborder frontalement la question des conduites addictives, ce qui pourrait fragiliser l'accompagnement. Dans le cadre de l'accompagnement de personnes en sous-location restant assez peu de temps, la question de l'après se pose rapidement :

“ Les personnes en sous-location restent peu de temps (18 mois pour l'IML, 2 ans hors IML), on est censés les amener vers le logement autonome, à 95 % via un bailleur social avec qui il y a une confiance réciproque. Qu'est-ce qu'on fait ? Les réorienter vers d'autres dispositifs ? Assurer le droit au logement ? Ça pose plein de questions. (une salariée d'une équipe de logements individuels en diffus)

Par ailleurs, au sein du diffus la problématique des addictions a été largement soulignée par les bénévoles comme étant un élément pour lequel ils rencontrent des difficultés. Certains d'entre eux expriment leur dénuement lorsque, en tant qu'interlocuteur le plus régulier des familles, ils constatent des problématiques addictives.

“ C'est du bricolage, je vois pas comment on peut travailler sur ce genre de choses. (un bénévole d'une équipe de logements individuels en diffus).

Au-delà des partenariats avec des structures extérieures spécialisées, une modalité de travail très appréciée par plusieurs structures consiste à faire entrer dans leurs locaux, voire dans les logements des personnes en visite à domicile, des intervenants de santé (membres d'une équipe mobile ou d'une association spécialisée ou d'un service social spécialisé dans le handicap...).

Plusieurs pensions de famille ont décrit ce fonctionnement. Dans trois des quatre structures interrogées, les équipes pouvaient s'appuyer sur un professionnel de santé (infirmière coordinatrice, infirmière de prévention, ou psychiatre) qui apportait aux personnes un soutien régulier, notamment par une présence sur des temps informels (repas, café) ou des activités non dédiées directement à la santé (groupes de parole, travail au potager, jeux de cartes...). Présents pour des urgences comme pour le quotidien (à distance, car ils ne viennent physiquement qu'une fois par semaine à une fois par mois), ces professionnels de santé sont un maillon précieux pour la mise en place d'actions dans la structure, mais aussi pour pouvoir nouer de nouveaux partenariats, particulièrement avec le monde médical (plus enclin à répondre facilement et rapidement à d'autres professionnels de santé qu'à des travailleurs sociaux).

### C. Un regard sur les addictions pouvant englober les enjeux de santé mentale ?

Les approches conceptuelles et médicales des addictions nous indiquent qu'il faut considérer ces dernières comme une dépendance à des produits potentiellement toxiques, ou des activités spécifiques (jeux d'argent, utilisation des écrans, etc.). Cette dépendance est souvent interrogée sur sa cause (de quoi est-elle le symptôme ? est-elle présente pour réduire des anxiétés ? ...) mais aussi sur ses conséquences (quels effets sociaux induit-elle en termes d'isolement, d'angoisses, etc. ?) On voit alors que les comportements addictifs sont aussi particulièrement observés dans le champ de la santé mentale, ils sont en effet cités dans la nomenclature internationale de psychiatrie, le DSM – manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*diagnostic and statistic manuel of mental disorders*). On comprend aisément que les liens entre addictions et santé mentale s'exercent dans les deux sens : la santé mentale peut être affectée quand un comportement addictif s'installe, et réciproquement l'installation d'un comportement addictif témoigne d'un trouble vécu par la personne. C'est d'ailleurs pour ces raisons que sont nées dans un même écosystème les démarches de réduction des risques et de rétablissement (approche psychiatrique ayant soutenu le développement du *housing first*, et de *l'individual placement* ou *job coaching* en Amérique du Nord et dans divers pays européens)<sup>15</sup>.

Dans le cas des personnes accompagnées par Habitat et Humanisme s'ajoute le contexte de la précarité qui produit déjà par lui-même des conditions de vie susceptibles d'induire un stress intense et l'exposition à des situations de violences, comme le vivent par exemple les personnes exilées ou celles privées de logement personnel.

<sup>15</sup> Voir notamment l'étude : « Logement / Emploi d'abord. Quelle logique du "d'abord" pour quelle réciprocity emploi/logement ? », MRIE, 2021, <http://www.mrie.org/etudes-thematiques.html>

C'est pourquoi il nous semble utile ici de préciser comment ces liens se manifestent dans l'enquête : c'est-à-dire comment ce lien est envisagé par les structures et les équipes ayant soit rempli le questionnaire, soit fait part de leurs analyses lors d'entretiens qualitatifs.

La seule question du questionnaire qui nous permette d'analyser le lien potentiel entre le fait de traiter les addictions et la santé mentale par la mise en œuvre d'une action (ou la réflexion dessus) est la Q15 portant sur le fait de mettre en œuvre une action ou d'en avoir l'idée sur un domaine en particulier.

Sur l'ensemble des structures interrogées, les trois quarts (75,2 %) semblent lier ces deux domaines au sens où ils seront tous deux investis, ou bien tous deux non investis. Il s'agit alors :

- soit de mettre en œuvre ou réfléchir à des actions portant sur les addictions et de même sur la santé mentale. Cela concerne près de la moitié des structures (44,4 %), qui traitent ou ont l'idée de traiter à la fois les problèmes d'addiction et de santé mentale.
- soit de n'avoir ni action ni idée d'action sur les unes ET sur les autres. Trois structures sur dix (30,3 %) ne traitent pas ou n'ont pas l'idée de traiter ni les addictions ni la santé mentale.

Viennent ensuite un quart des structures (24,8 %) qui répondent :

- ou bien mettre en œuvre des actions ou songer à en mettre en œuvre sur les addictions mais pas sur la santé mentale,
- ou bien mettre en œuvre ou réfléchir à des actions sur la santé mentale mais pas sur les addictions.

Les entretiens permettent de creuser certaines de ces différentes configurations.

Dans les pensions de famille, les actions et observations concomitantes sur la santé mentale et les addictions sont décrites dans les entretiens. Ainsi deux salariés expliquent :

“ On est attentif au silence, à l'isolement : le fait de participer aux activités, de prendre soin de soi, ce sont des indicateurs que ça va mieux. Ce qu'on fait ici ça fait pleinement partie de ce qui soutient la santé mentale : être en sécurité, prendre soin.

“ L'alcool c'est une question qui les concerne tous. On a une approche de réduction des risques, donc ça va dans l'ensemble. Au conseil de maison on peut s'autoriser à en parler.

Un professionnel intervenant à la fois en pension de famille et dans des équipes accompagnant des logements individuels en diffus expose plusieurs situations qu'il résume en soulignant le lien consubstantiel entre ces deux champs :

“ On peut avoir une attention, orienter son suivi là-dessus, mais pas axer l'accompagnement tant que ça vient pas de la personne : parler quand la confiance est là (et s'autoriser à la signifier si on voit la personne alcoolisée chez elle. Travail *step by step* au plan individuel.

“ Mais quand l'addiction ne pose pas de problème à la personne : on peut commencer à travailler la question du voisinage, parler de comment réguler... Si la personne amène ensuite la question de la dépendance alors on peut travailler avec elle, orienter vers le CSAPA, en accompagnant physiquement (jusqu'à ce que le relai soit pris par la structure). Les addictions polarisent : "*on parle d'eux, mais c'est pas nous*". Mais en fait on parle des façons de gérer des difficultés sociales et psychiques

Au sein de la branche Urgence, un HUDA nous a ainsi expliqué ce positionnement de ne pas traiter les addictions directement mais d'investir en revanche beaucoup le soutien à la santé mentale des personnes. Les situations de stress post-traumatique après le parcours d'exil sont extrêmement fréquentes parmi le public, et justifient un partenariat avec une psychologue d'une équipe mobile santé psychique et précarité qui intervient régulièrement.

“ Sur les addictions on ne travaille pas ça directement... globalement il y en a peu, pour des raisons culturelles, ou alors c'est avec des produits liés aux habitudes culturelles (donc cannabis mais d'alcool ni tabac ni autre)... et surtout on va approcher les addictions comme un symptôme de la santé mentale.

“ C’est une question qui s’impose assez rarement : symptôme ponctuel. Quand ça existe ça vient répondre à une angoisse. C’est à la marge : 2 ou 3 personnes sur l’HUDA. C’est culturel aussi... Et puis on se demande : est-ce que c’est notre rôle d’intervenir ici ?

Une autre structure de la branche Urgence est dans un cas proche, avec des addictions observées à la marge et inscrites dans un contexte culturel, ce qui légitime peu d’actions, tandis que les besoins en termes de santé mentale sont énormes et ne peuvent être comblés par les institutions partenaires (CMP ou hôpital psychiatrique), trop débordées et trop peu présentes.

“ Dans ces cas-là : orientation vers CMP, mais là-bas ils les “bourrent de cachetons”, pas de travail sur le fond de l’addiction. Dans toutes les personnes alcooliques, on a sauvé personne, ils sont sortis du dispositif ils étaient encore alcooliques, ils ont fini au 115 [...] Nous on veut bien faire des ateliers, mais quand ça s’est passé il n’y avait rien qui était proposé, les prises en charge en CSAPA étaient ridicules [...] Ce qui est problématique c’est que même quand la personne devient dangereuse, on peut pas la faire interner. [...] Sur le coup ils nous disent qu’ils vont aller se soigner, et ils font demi-tour à l’hôpital.

**Tableau 32. Mise en œuvre ou non, de façon concomitante ou non, d’actions ou d’idées d’actions Addictions et d’actions Santé mentale (effectifs)**

Type de structures	Structures mettant à la fois en œuvre ou ayant des idées d’actions Addictions ET Santé mentale	Structures ne mettant ni en œuvre et n’ayant pas d’idées d’actions sur Addictions ET Santé mentale	Structures mettant en œuvre ou ayant des idées d’actions Addictions MAIS PAS Santé mentale	Structures mettant en œuvre ou ayant des idées d’actions Santé mentale MAIS PAS Addictions	Nombre de structures total
<b>Branche Logement</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>120</b>
Logements individuels diffus	19	13	6	4	42
Pensions de famille	25	8	7	3	43
Résidences intergénérationnelles	4	12	5	3	24
Résidences sociales et FJT *	1	2	0	2	5
Hébergements d’urgence *	0	4	0	0	4
Autres *	1	1	0	0	2
<b>Branche Urgence</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>133</b>

**Tableau 33. Mise en œuvre ou non, de façon concomitante ou non, d'actions ou d'idées d'actions Addictions et d'actions Santé mentale (pourcentages en ligne)**

Type de structures	Structures mettant à la fois en œuvre ou ayant des idées d'actions Addictions ET Santé mentale	Structures ne mettant ni en œuvre et n'ayant pas d'idées d'actions Addictions ET Santé mentale	Structures mettant en œuvre ou ayant des idées d'actions Addictions MAIS PAS Santé mentale	Structures mettant en œuvre ou ayant des idées d'actions Santé mentale MAIS PAS Addictions	Nombre de structures total
<b>Branche Logement</b>	<b>41,7%</b>	<b>33,3%</b>	<b>15,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>100,0%</b>
Logements individuels diffus	45,2%	31,0%	14,3%	9,5%	100%
Pensions de famille	58,1%	18,6%	16,3%	7,0%	100%
Résidences intergénérationnelles	16,7%	50,0%	20,8%	12,5%	100%
Résidences sociales et FJT *	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	100%
Hébergements d'urgence *	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100%
Autres *	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
<b>Branche Urgence</b>	<b>69,2%</b>	<b>7,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>23,1%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>	<b>44,4%</b>	<b>30,8%</b>	<b>13,5%</b>	<b>11,3%</b>	<b>100,0%</b>

Lecture : 41,7 % des structures de la branche Logement disent mettre en œuvre des actions ou avoir des idées d'action concernant les addictions ET mettre en œuvre des actions ou avoir des idées d'actions concernant la santé mentale.

\* Données non significatives en raison d'un effectif concerné trop faible (moins de 10 structures).

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

## 5. Besoins de soutien des structures dans le champ des addictions

### A. Les addictions : 2<sup>e</sup> domaine pour lequel les structures se sentent démunies

Les addictions constituent le deuxième domaine de santé (après la santé mentale, citée par 67 structures, soit 56,8 % des 118 structures ayant répondu à ce volet<sup>16</sup>) pour lequel les questionnements des structures restent sans réponse, les laissant démunies. 50 structures (soit 42,4 % d'entre celles ayant répondu) affirment se sentir démunies sur le sujet. On constate qu'une même structure peut se déclarer démunie alors même qu'elle met en œuvre des actions, ou a des idées d'actions sur les addictions : c'est le cas pour 35 structures. On remarque que parmi ces 50 structures qui se sentent démunies, 47 structures détectent, ou ont des soupçons quant à une consommation fréquente d'alcool par les personnes bénéficiaires de la structure.

Ainsi, on peut supposer que se sentir démunie peut signifier l'amplitude de la difficulté à laquelle font face les professionnels, notamment face aux conséquences que peuvent avoir certaines addictions, comme l'alcool, sur les personnes accompagnées. Cela peut aussi renvoyer à l'incomplétude des réponses déjà réalisées, ou bien encore signifier que l'acuité du regard professionnel se développe au fil des actions réalisées, ce qui les amène à se considérer comme n'ayant pas encore toutes les cartes en main pour agir réellement.

<sup>16</sup> Soit l'ensemble des répondants, hormis l'association n'ayant pas répondu à cette partie du questionnaire.

## B. Besoins de soutien : les aspects concernés

Les structures sont une grande majorité (plus des deux tiers de l'ensemble) à témoigner d'un besoin de soutien pour continuer ou démarrer des actions concernant les addictions. Cette proportion est légèrement plus élevée du côté des structures de la branche Urgence : 10 structures sur 13 (soit 77,0 %) ont besoin de soutien dans le champ des addictions.

**Tableau 34. Besoins de soutien des équipes pour le développement d'actions sur les addictions**

Question 25 : Pour développer des actions concernant les addictions, votre équipe a-t-elle besoin de soutien ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage (n=133)
Oui	96	72,2%
Non	37	27,8%

Lecture : 96 structures sur 133 interrogées, soit 72,2% d'entre elles, indiquent qu'elles ont besoin de soutien pour développer des actions concernant les addictions.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

Ce besoin de soutien concerne d'abord les formations (ce qui fait écho aux besoins de soutien pour la mise en œuvre d'actions de santé de manière générale). Plus de la moitié des structures ressentent en effet le besoin de se former sur le sujet. Le besoin de formation représente alors plus d'un tiers des besoins de soutiens exprimés dans leur ensemble. La création de partenariats puis l'aide au montage de projet sont les deux autres aspects recueillant le plus de demandes de la part des structures interrogées. Il serait intéressant de croiser ces données avec la taille de l'association des structures concernées par ces demandes : peut-être celles qui sont dans de grandes associations ont plus de ressources en interne pour cela ? Enfin les soutiens à l'obtention de financements intéressent presque un quart des structures, ce qui représente 14,3 % des demandes de soutien dans l'ensemble.

**Tableau 35. Détail des besoins de soutien des équipes pour le développement d'actions sur les addictions**

Si OUI, sur quels aspects ?			
Réponse	Décompte	Part de ce besoin sur l'ensemble des besoins de soutien cités (n= 217) % colonne	Part des structures ayant cité cette réponse sur l'ensemble (n=133) % ligne
Formations	76	35,0%	57,1%
Création de partenariats	63	29,0%	47,4%
Aide au montage d'actions (rédaction d'appels à projets, outils, construction d'ateliers...)	44	20,3%	33,1%
Obtention de financements	31	14,3%	23,3%
Autre	3	1,4%	2,3%
Non affiché	36		27,1%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100,0%</b>	

Lecture : (1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> colonne) 76 structures sur 133 interrogées, soit 57,1%, indiquent qu'elles ont un besoin de soutien concernant les formations dans le champ des addictions.

(1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> colonne) : les 76 besoins de formation représentent 35,0% du total des 217 besoins de soutien exprimés concernant les addictions

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme, 2022*, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE



Parmi les formations évoquées comme besoins prioritaires dans l'enquête qualitative, les addictions comme la santé mentale sont privilégiées, ainsi qu'en fait mention une maison intergénérationnelle :

“ La santé mentale ça constitue un réel frein autour de la relation quand on n'est pas formés. Idée d'un binôme avec un psychiatre. Avoir des fonds de la Fédé sur ces dimensions-là, ce serait un besoin. Mise en réseau à soutenir. Même l'accès à des psys, c'est un réel besoin partout (un an d'attente pour le CMP). Question des addictions : des formations peut-être, travailler la question du rapport à l'alcool (dimension culturelle).

Ces formations sont justifiées par l'importance du nombre de situations pour lesquelles les équipes s'estiment démunies, voire en échec, et manquent d'éléments quant aux manières d'accompagner les personnes concernées par une conduite addictive ou rencontrant des problématiques liées à la santé mentale.

“ C'est dur quand les personnes ne sont pas en demande. (une salariée d'une résidence intergénérationnelle)

### C. Des besoins de soutien moindres dans des structures où les substances sont peu détectées

Il est intéressant d'aller plus loin concernant les besoins de soutien exprimés pour développer des actions dans le champ des addictions. On peut en particulier croiser ces données avec les réponses apportées à la question "le sujet des addictions est-il un axe du travail réalisé avec les personnes accompagnées ?" L'objectif étant notamment de comprendre comment se sentent les structures investissant déjà ce champ dans le travail avec les personnes accompagnées, et d'identifier des situations potentielles de non-recours, ou de renoncement, du côté des structures n'investissant pas ce champ et n'exprimant pas de besoin de soutien.

**Tableau 36. Structures et équipes ayant ou non les addictions comme axe de travail réalisé en fonction du fait de développer ou non des actions concernant les addictions**

Pour développer des actions concernant les addictions, votre équipe a-t-elle besoin de soutien ?					
Les addictions sont-elles un axe du travail réalisé avec les personnes ?	Non (décompte et % ligne)		Oui (décompte et % ligne)		Total général
Oui (décompte et % ligne)	24	26,4%	67	73,6%	91
Non (décompte et % ligne)	13	31,0%	29	69,1%	42
<b>Total général</b>	<b>37</b>		<b>96</b>		<b>133</b>

Lecture : Sur les 91 structures pour lesquelles les addictions sont un axe du travail réalisé avec les personnes, 24 structures, soit 26,4% d'entre elles, n'ont pas besoin de soutien pour développer des actions concernant les addictions ; 67 structures, soit 73,6% d'entre elles ont besoin de soutien.

Source : *Accompagnement et santé dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme*, 2022, Fédération Habitat et Humanisme / MRIE

On constate que parmi les 91 structures pour lesquelles les addictions sont un axe du travail réalisé avec les personnes, 67 (soit près des trois quarts) ont besoin de soutien pour développer des actions sur les addictions. Notons donc que, pour des structures « actives » dans le domaine, le besoin de soutien reste prégnant.

Par ailleurs, parmi les 42 structures pour lesquelles les addictions ne sont pas un axe du travail avec les personnes accompagnées, 13 (soit 31,0% d'entre elles) n'expriment pas de besoins de soutien. Cette proportion est légèrement plus élevée que pour les structures pour lesquelles les addictions sont un axe du travail avec les personnes accompagnées.

Le fait que près d'un tiers des structures n'investissant pas le champ des addictions n'expriment pas de besoins de soutien peut paraître étonnant. Ce que l'on constate de manière assez frappante, c'est qu'aucune de ces 13 structures ne repère l'alcool comme étant consommé de manière certaine par les personnes accueillies (précisément : 5 "non", et 8 "incertain"). Ce constat est très proche pour le cannabis, avec 7 "non", 5 "incertain", et un "oui". Par ailleurs, aucune de ces structures n'est certaine

qu'il y a une consommation fréquente de substances injectables, de cocaïne et dérivés, ou d'amphétamines. On peut arriver ici à la conclusion que ces structures n'expriment pas de besoins de soutien pour développer des actions car très peu de comportements addictifs sont détectés. Se pose ici, mais aussi de manière plus générale, la question de la détection.

Cependant l'enquête qualitative fait apparaître d'autres configurations (nous n'avons rencontré aucune structure qui indique ne jamais observer d'addictions, ou n'avoir aucun besoin de soutien en la matière) : dans les pensions de familles rencontrées, certaines n'éprouvent pas ce besoin de soutien car elles ont déjà engagé un travail important de mise en œuvre d'actions. Elles cherchent alors plutôt du soutien pour développer des actions impactant le quotidien de tous, autour de l'alimentation durable par exemple, ou autour de la mobilisation des bénévoles pour s'assurer une dynamique de vie collective dense et soutenante.

De plus, les structures qui détectent des consommations rares, mais inquiétantes (par exemple de cocaïne), ne jugent pas prioritaire le fait de recevoir du soutien, car les consommations restent marginales : la priorité n'est pas d'être soutenu ici alors que d'autres besoins existent. Enfin, d'autres structures ont une action plus développée concernant la santé mentale, et les addictions viennent au second plan, ponctuellement.

## 6. Conclusion : quel rôle d'accompagnant dans les structures et équipes d'Habitat et Humanisme par rapport aux addictions ?

Une limite de cette étude, liée à son objet initial, est de ne pas permettre un dénombrement, même approximatif, des personnes concernées par des conduites addictives (pas de question précise dans le questionnaire sur le dénombrement). Cependant, les éléments rassemblés ici permettent de saisir l'esprit dans lequel les addictions sont accompagnées, et de constater la diversité des configurations, liée à celle des types de structures, des publics, mais aussi des liens avec des partenaires développant concrètement la réduction des risques.

On peut alors proposer plusieurs points à mettre au débat collectif pour avancer vers un plus grand soutien de la Fédération vis-à-vis des accompagnants des équipes et des structures.

D'abord, les besoins de formation sont nombreux, et sont un moyen de favoriser l'interconnaissance et la diffusion des pratiques inspirantes, entre des structures d'un même type ou non.

Ensuite, la diversité des publics et des configurations locales ainsi que les positionnements quant au rôle des bénévoles justifient de ne pas standardiser les approches. Ce qui peut être commun, c'est l'analyse de l'effet de la précarité sur le vécu des addictions, en développant une approche de réduction des risques qui ne soit pas seulement ancrée dans le champ de l'addictologie mais aussi dans celui du travail social.

Autre chose, la richesse des accompagnements décrits repose sur la complémentarité des bénévoles et des professionnels : dans ces équipes mixtes, où les rôles ne sont pas identiques, le travail de lien s'ancre dans les activités et les temps informels, où chacun approche avec sa compétence et sa personnalité les sujets intimes qui concernent une personne accompagnée. Contribuer à former les bénévoles, en respectant ces complémentarités, peut permettre un accompagnement sur les addictions encore plus riche. Les entretiens nous permettent de constater qu'un certain nombre de bénévoles s'estiment démunies sur le sujet des addictions, et sur le rôle qu'ils peuvent jouer sur le sujet.

“ C'est du bricolage, je vois pas comment on peut travailler sur ce genre de choses. (un bénévole au sein d'une équipe de logements individuels en diffus).

Cela s'ancre parfois dans des situations où les souffrances de la personne accompagnée sont visibles, palpables ou partagées, ce qui rend extrêmement difficile pour les bénévoles le fait de ne pas disposer de repères d'action.

“ On peut pas ignorer des problèmes comme ça. Savoir implique de faire quelque chose, c'est pareil pour beaucoup de domaines. (un bénévole au sein d'une équipe de logements individuels en diffus).

En ce sens, il est important de clarifier le périmètre d'action des équipes, et de mettre au travail la question du rôle des bénévoles sur ce sujet des addictions : comment est-ce que celui-ci s'articule avec le rôle du travailleur social ? Quelle légitimité et quelle responsabilité pour chacun à agir ? Le cadre légal donne déjà des éléments de réponse sur la notion de responsabilité et de missions, qui peuvent être précisées et affinées par des ajustements propres à chaque organisation, c'est donc à Habitat et Humanisme de construire un cadre permettant de délimiter des rôles et des fonctions. Ceux-ci peuvent aussi varier au sein de chaque association locale puisque c'est à ce niveau que les histoires des structures et les constructions de projets se sont déjà écrites.

Ces réflexions s'ancrent dans un contexte sociologique global d'étiement de la séparation et hiérarchisation entre "savants" et "profanes" sur les questions de santé : notre société demande aujourd'hui à chacun d'avoir une vigilance sur ces sujets, devenue l'affaire de tous par le déploiement de la santé publique.

Cette toile de fond, ainsi qu'un contexte de déstigmatisation partielle des addictions, participent à donner une légitimité aux bénévoles dans le champ de la santé, et notamment sur les questions d'addictions. C'est aussi par l'entrée des savoirs-expérientiels que certains bénévoles pourraient être mobilisés.

Au sein d'Habitat et Humanisme, il paraît alors incontournable de rendre visible le rôle que peut prendre le bénévole dans la prévention et la promotion de la santé, notamment en mettant en avant tout ce qui peut se jouer sur ces sujets dans le lien social et les démarches de "prendre soin".

Enfin, si la pair-aidance est peu décrite, avec des travailleurs pairs notamment, elle transparait dans certains entretiens. Conscientiser le fait que les temps informels et l'entraide entre habitants peuvent être des leviers d'accompagnement sur les addictions est une option intéressante à travailler en formation, car certaines structures le font sans le relier explicitement à la prévention en santé.

La Fédération peut donc apporter un soutien précieux aux équipes en construisant une approche intégrant le vécu de la précarité par les personnes, et en insistant sur l'intérêt d'une démarche reposant d'abord sur la participation des personnes. Cela peut notamment passer par le fait de soutenir la compréhension de l'écosystème institutionnel de l'accompagnement des addictions, d'aider au montage d'actions précises sur une consommation ou d'appuyer la construction de partenariats et d'embauches mutualisées de professionnels de santé.



**Liste des tableaux utilisés**

Tableau 1.	Répartition des structures et équipes ayant répondu au questionnaire par type	6
Tableau 2.	Répartition des structures et équipes ayant répondu au questionnaire par type	6
Tableau 3.	Substances identifiées comme étant fréquemment consommées au sein de la structure (pourcentages en ligne)	8
Tableau 4.	Détail des catégories d'addictions librement citées (et ici recodées) dans la catégorie « autres » du questionnaire (effectifs et pourcentages)	10
Tableau 5.	Répartition des actions en cours ou idées d'actions par domaine de santé	11
Tableau 6.	Part des structures qui n'ont ni actions en cours ni idées d'action concernant les addictions, ou qui ont soit une action soit une idée, en fonction du type de structure	12
Tableau 7.	Détail des types d'idées d'action concernant les addictions à partir du recodage des réponses libres en commentaire, et part des répondants concernés par cette idée.	13
Tableau 8.	Types d'actions mises en œuvre concernant les addictions à partir du recodage des réponses libres en commentaire, et part des répondants concernés par ce type.	13
Tableau 9.	Mise en place d'actions et/ou idées d'actions sur la thématique des addictions en fonction du type de structure/équipe (effectifs)	16
Tableau 10.	Mise en place d'actions et/ou idées d'actions sur la thématique des addictions en fonction du type de structure/équipe (pourcentages en ligne)	17
Tableau 11.	Mise en place ou non d'un axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure/équipe (effectifs)	17
Tableau 12.	Mise en place ou non d'un axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure/équipe (pourcentages en ligne)	18
Tableau 13.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes adultes (effectifs)	18
Tableau 14.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes adultes (pourcentages en colonne)	19
Tableau 15.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes adultes (effectifs)	19
Tableau 16.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes adultes (pourcentages en colonne)	19
Tableau 17.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les enfants (moins de 12 ans) (pourcentages en colonne)	20
Tableau 18.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les adolescents (12-18 ans) (effectifs)	20
Tableau 19.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les adolescents (pourcentages en colonne)	20
Tableau 20.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes âgées (effectifs)	20
Tableau 21.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les femmes âgées (pourcentages en colonne)	21
Tableau 22.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes âgés (effectifs)	21
Tableau 23.	Mise en place d'une action et/ou idée d'action sur les addictions en fonction de problématiques de santé repérées chez les hommes âgés (pourcentages en colonne)	21
Tableau 24.	Part des répondants repérant une addiction par substance concernée, part des répondants parmi eux mettant en œuvre une action ciblant cette substance en particulier, et part des répondants mettant en œuvre une action concernant les addictions qu'une addiction soit repérée ou non sur cette substance.	22
Tableau 25.	En fonction du type de structure, part des structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions, par des structures ayant un axe passant par l'accompagnement individuel, et/ou les actions collectives, et/ou la gestion des incidents liés à la consommation de produits addictifs.	24
Tableau 26.	Nombre d'actions collectives réalisées par an, « en général »	25
Tableau 27.	Part des structures n'ayant pas d'axe de travail sur les addictions en fonction du type de structure.	26
Tableau 28.	En fonction du type de structure, part des structures ayant choisi notamment cette modalité parmi les 6 proposées, concernant les actions réalisées dans le domaine des addictions.	28

Tableau 29.	En fonction du type de structure, part des structures ayant choisi notamment cette modalité parmi les 6 proposées, concernant les actions réalisées dans le domaine des addictions.	29
Tableau 30.	Mobilisation des partenaires pour les actions portant sur les addictions	31
Tableau 31.	Mise en œuvre ou non, de façon concomitante ou non, d'actions ou d'idées d'actions	
Addictions et d'actions Santé mentale (effectifs)		34
Tableau 32.	Mise en œuvre ou non, de façon concomitante ou non, d'actions ou d'idées d'actions	
Addictions et d'actions Santé mentale (pourcentages en ligne)		35
Tableau 33.	Besoins de soutien des équipes pour le développement d'actions sur les addictions	36
Tableau 34.	Détail des besoins de soutien des équipes pour le développement d'actions sur les addictions	36
Tableau 35.	Structures et équipes ayant ou non les addictions comme axe de travail réalisé en fonction du fait de développer ou non des actions concernant les addictions	37