AURA mrie
Exclusion \\ Connaître pour Agir

TREMPLIN
ENSEMBLE AGISSONS CONTRE L'EXCLUSION

PRÉCARITÉ, SANTÉ ET ADDICTIONS :
EXPÉRIENCES DE VIE EN CHRS

ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC ET DU FORMAT D'HÉBERGEMENT

CONCLUSIONS

CHRS TREMPLIN - 2022

LA MRIE : MISSION RÉGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION

Contact
29 rue des Farges- 69005 LYON
04 37 65 01 93
mrie@mrie.org – www.mrie.org

ACCOMPAGNER LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

- En produisant des connaissances
- En mobilisant l'expérience des personnes concernées et des acteurs de terrain
- En soutenant des expérimentations et des innovation sociales

MISSIONS : ETUDES ET FORMATIONS

- Enrichir des actions menées sur le terrain de la lutte contre la pauvreté/précarité/exclusion grâce aux compétences acquises depuis 30 ans
- Favoriser l'appropriation des connaissances produites par les équipes engagées dans l'action de terrain
- Soutenir l'expérimentation dans la lutte contre pauvreté/précarité/exclusion

Tous les documents produits par la MRIE sont téléchargeables gratuitement sur notre site www.mrie.org

PLAN DE LA PRÉSENTATION

1. Contexte de l'étude
2. Du côté du format d'action : Accueillir à plein temps après le Covid
3. Du côté du format d'action : Entre LDA et dispositifs médico-sociaux pour les sans-abris : quelle fonction pour un CHRS ?
4. Du côté des personnes : une santé de plus en plus fragilisée

PRÉCARITÉ, SANTÉ ET ADDICTIONS. EXPÉRIENCES DE VIE EN CHRS

ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC ET DU FORMAT D'HÉBERGEMENT

Contexte de l'étude

En 2022, la MRIE a réalisé un travail de terrain permettant de mettre en évidence les changements que l'équipe de Tremplin percevait concernant des fonctionnements, des publics, des difficultés spécifiques.

Il s'agissait d'abord d'observer quels étaient les enjeux de santé rencontrés par des résidents du CHRS : santé psychique, vieillissement, difficultés de mobilité, etc., qui venaient se confronter à des moyens pratiques et humains, quels étaient les vécus des personnes hébergées et des professionnels présents.

Il s'agissait aussi de comprendre la place du CHRS et des besoins auxquels il répond au sein de l'écosystème plus vaste des types d'établissements sociaux et médico-sociaux existants en France, dans le contexte où ce même public peut être accueilli dans certains territoires par d'autres types de dispositifs (Lits Halte Soin Santé / Lits d'accueil médicalisé ; voire les dispositifs « Un chez soi d'abord » au sein du Logement d'abord) qui peuvent répondre autrement, avec des méthodologies, des moyens et des approches différentes.

Ce travail de terrain s'est déroulé ainsi :

Mai 2022 :

- Rencontres et échanges individuels avec 6 résidents, et observations durant une matinée au CHRS et à l'accueil de jour
- Temps de travail avec l'équipe professionnelle afin d'élaborer en petits groupes des descriptions de situations emblématiques des vécus des résidents vus par les professionnels, et des enjeux du travail auprès d'eux.
- Présentation par la MRIE d'expériences d'hébergement avec un public comparable menées sous d'autres formats au sein d'associations en Rhône-Alpes.

Septembre 2022

- Rencontres et échanges individuels avec 6 autres résidents au sein de l'hôtel désormais occupé par le CHRS pour la période transitoire avant la réinstallation dans les locaux après travaux.
- Second temps de travail avec d'autres professionnels, et le nouveau coordinateur du CHRS, en reprenant les situations élaborées pour réfléchir à ce que changent les nouvelles conditions d'hébergement (chambres individuelles avec sanitaires, etc.) et les formats de partenariats actuels.

La MRIE propose une lecture au travers de deux documents :

- Le diaporama « Compte-rendu »

=> qui restitue les données qualitatives travaillées (portraits des résidents et analyses des professionnels), ainsi que la présentation par la MRIE d'expériences d'hébergement avec un public comparable menées sous d'autres formats au sein d'associations en Rhône-Alpes.

- Le diaporama « Conclusions »

⇒ qui propose une synthèse des enjeux rencontrés concernant les évolutions du public et des formats d'hébergement en mettant en lien les données recueillies, les autres expériences travaillées par la MRIE, et des ressources bibliographiques.

Ces enjeux concernent la santé de manière générale, les addictions et la psychiatrie hors les murs et les réponses du secteur social permettant aux personnes en grande précarité un accès au logement ou hébergement.

ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC ET DU FORMAT D'HÉBERGEMENT

Du côté du format d'action :

accueillir à plein temps suite au Covid

LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU CHRS TREMPLIN : AVANT ET APRÈS LE COVID

- Accueil à la nuitée devenu un hébergement complet jour et nuit lors du confinement
- Fonctionnement qui a perduré suite au covid, articulé principalement à l'accueil de jour présent sur le même site
- Déménagement provisoire dans un hôtel occupé seulement par le CHRS, durant la période des travaux de réhabilitation du CHRS : passage à des chambres individuelles avec sanitaires alors que les sanitaires étaient communs jusqu'alors.
- Evolutions importantes depuis plusieurs années concernant le type de public accueilli : vieillissement des personnes en grande précarité ; troubles psychiques de personnes suivies à l'hôpital désormais en journée seulement et non en service d'hébergement
- Peu de bénévoles depuis le Covid : certains ont arrêté du fait de leur âge, et il est difficile de trouver de nouveaux bénévoles

LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU CHRS TREMPLIN : AVANT ET APRÈS LE COVID

- Certains éléments du contexte post-covid sont partagés avec tout le secteur AHI (accueil hébergement insertion) :

* concernant les évolutions du public et des équipes,

* concernant les évolutions du bâti à reconfigurer relativement aux nouvelles attentes, en lien avec l'humanisation du secteur de l'hébergement depuis les années 2010.

- Ce contexte est aussi en lien avec le déploiement du logement d'abord : passer de la rue au logement devient une réalité plus accessible et connue des professionnels, le fonctionnement des paliers de l'hébergement au logement est remis en cause, ceci entraîne une nouvelle place à trouver pour les CHRS.

ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC ET DU FORMAT D'HÉBERGEMENT

Du côté du format d'action :

entre logement d'abord et dispositifs médico-sociaux pour les sans-abri : quelle fonction pour un CHRS ?

ENTRE LOGEMENT D'ABORD ET DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX POUR LES SANS-ABRI. QUELLE FONCTION POUR UN CHRS ?

- **Le logement d'abord (LDA)** est un format concernant tout public, alors que le « chez-soi d'abord » s'adresse aux publics suivis en psychiatrie d'une part, et les **établissements médicaux sociaux comme les LHSS et LAM** d'autre part, sont **deux pôles d'action répondant aux besoins des publics accueillis actuellement au CHRS Tremplin :** vieillissement et grande précarité, santé fragile, addictions, isolement, santé mentale.

Le LDA vient répondre à ce contexte en France :

Des marchés immobiliers (et de l'emploi) en tension

- Logique de gestion de la pénurie

Une crise de l'action : en échec face à certains publics

ceux « *avec qui on n'y arrive pas* »

- pour certaines personnes = exclusion structurelle

Ailleurs : des initiatives différentes

le Rétablissement dans le champ de la santé psychique,

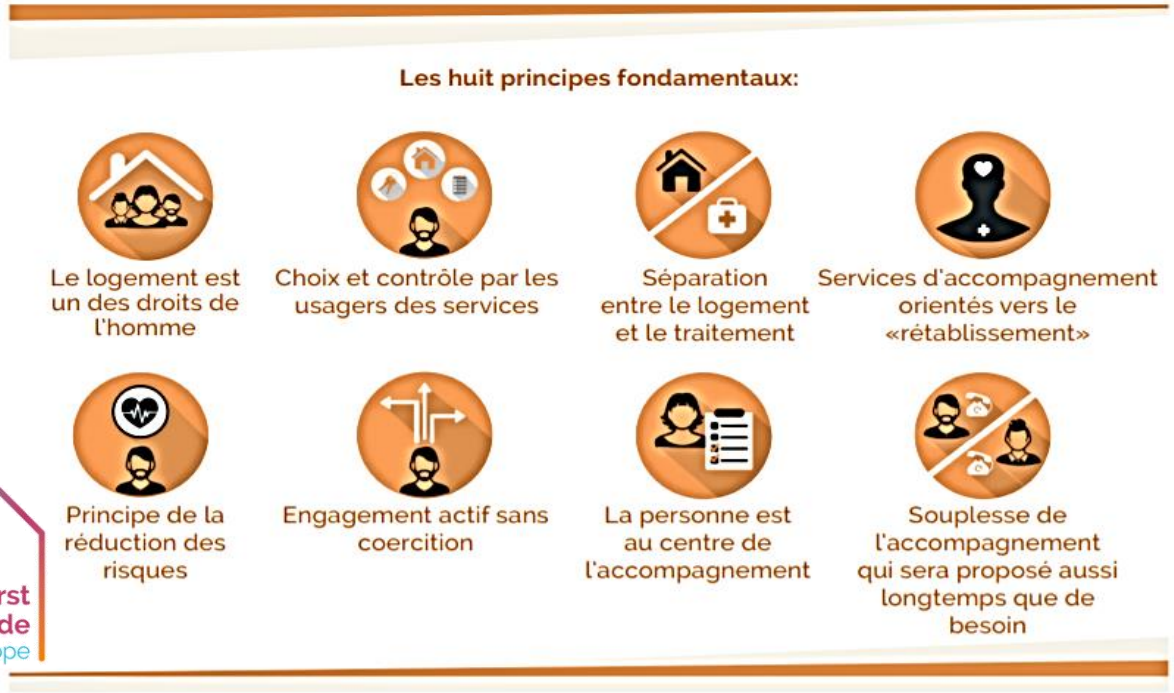
la Réduction des Risques dans le champ des addictions…

jusqu'au *Housing first* et au *Place and train (insérer puis former)*

- Expérimentées à échelle restreinte (exception : le cas de la Finlande)
- Expérimentées hors marchés en tension

ENTRE LOGEMENT D'ABORD ET DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX POUR LES SANS-ABRI. QUELLE FONCTION POUR UN CHRS ?

- Le logement d'abord (Housing First) est développé depuis 2017 par la DIHAL dans une vingtaine de territoire en France. Ses principes, expérimentés depuis longtemps en Europe du Nord et aux Etats-Unis notamment, reposent sur **ces différents axes qui transforment la relation d'accompagnement** (car le logement est le point de départ), **et qui peuvent pour certains être mobilisés aussi pour humaniser l'action en CHRS**.
- Voir : https://www.gouvernement.fr/le-service-public-de-la-rue-au-logement-un-nouveau-cadre-d-action-pour-aller-plus-loin-dans-le
- https://www.feantsa.org/fr/report/2016/06/01/housing-first-guide



Housing First Guide Europe

ENTRE LOGEMENT D'ABORD ET DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX POUR LES SANS-ABRI. QUELLE FONCTION POUR UN CHRS ?

- Si les CHRS sont amenés à devenir autre chose qu'un palier dans un système en escalier menant de la rue au logement, leur fonctionnement actuel n'est pas clairement identifiable pour les personnes qui pourraient prétendre au logement accompagné ou logement d'abord, mais qui sont encore « coincées » en CHRS.

Cela dit, au moins deux grandes évolutions caractérisent les changements permettant d'ajuster l'offre aux besoins des personnes :

- **Le développement de la réduction des risques et des dommages à travailler en interne du CHRS**, pas seulement en mobilisant les partenariats consacrés (CAARUD et CSAPA notamment), mais en renforçant la stratégie d'accompagnement des consommations et d'actions spécifiques pour soutenir la promotion de la santé et une meilleure connaissance des besoins des hébergés, et en développant l'entraide entre pairs.

ENTRE LOGEMENT D'ABORD ET DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX POUR LES SANS-ABRI. QUELLE FONCTION POUR UN CHRS ?

Ressources utiles pour la réduction des risques :

https://www.federationaddiction.fr/milieux-et-publics/personnes-agees/

https://www.federationaddiction.fr/

https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues

- **L'articulation à retravailler avec le secteur de la santé mentale :** par des formations plus régulières dans ce champ pour les professionnels du social, (notamment débutants), dans une perspective de rétablissement pour accommoder une vie en milieu ordinaire

Voir : Formation Premiers secours en santé mentale : https://pssmfrance.fr/

https://www.santementale.fr/2022/05/une-instruction-pour-soutenir-psychologiquement-les-personnes-en-situation-de-grande-precarite/

https://www.orspere-samdarra.com/outil/soutenir-la-sante-mentale-des-personnes-migrantes/

https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/la-mise-en-oeuvre/lutter-contre-les-inegalites-de-sante/article/agir-pour-la-sante-mentale-des-personnes-en-precarite

ENTRE LOGEMENT D'ABORD ET DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAUX POUR LES SANS-ABRI. QUELLE FONCTION POUR UN CHRS ?

- Ces évolutions du format d'action du CHRS et de sa fonction, au regard des publics auxquels il répond, peuvent se développer en lien avec deux grandes dimensions classiques de l'accompagnement en CHRS

- L'emploi et/ou l'activité bénévole comme levier d'insertion et de promotion de la santé : à développer avec Premières Heures, TAPAJ, IAE classique, voire les Ateliers d'adaptation à la vie active (AAVA) pour les personnes aux droits incomplets notamment.

- L'appui sur le collectif en développant une vie relationnelle dense, activée par des professionnels de la structure avec le soutien de partenaires extérieurs (champ de la culture, du sport, etc.) dans une visée de remobilisation des personnes et de pacification des relations.

=> Réfléchir à la qualification des besoins du public existant, pour ajuster les outils et les moyens, est plus logique et faisable que de concevoir un fonctionnement idéal où dans chaque dispositif les différents publics viendraient se ranger…

=> On ne peut pas changer les gens ni leurs besoins au présent, mais on peut changer les organisations de travail, les qualifications professionnelles mobilisées, les partenariats etc… dans l'esprit du Logement d'abord.

ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DU PUBLIC ET DU FORMAT D'HÉBERGEMENT

Du côté des personnes :

une santé de plus en plus fragilisée

DES PRISES EN CHARGE PSYCHIATRIQUES HORS LES MURS

Coldefy, Magali. « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2016, pp. 21-30

De grandes évolutions qui impactent les vécus observés en CHRS :

- *« Le caractère souvent durable et évolutif des pathologies mentales, qui nécessite des prises en charge complexes et variées pour répondre aux différentes phases de la maladie ;*
- *l'intrication forte des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des passerelles, allers-retours entre les différents champs, nécessaire à une approche globale de la prise en charge ;*
- *les limites du champ pathologique de la psychiatrie à la santé mentale font débat au sein des professionnels et vont influer sur l'étendue des missions et, donc, sur les pratiques ;*
- *le caractère médico-légal de cette spécialité qui partage ainsi une frontière avec la justice ;*
- *la non-demande de soins en psychiatrie ; la personne souffrant de troubles psychiques n'a pas toujours conscience de son besoin de soins, et le déni de soins fait partie intégrante de la maladie mentale ;*
- *une forte stigmatisation de la maladie mentale, des personnes concernées et également des professionnels et structures opérant dans ce champ. »*

DES RÉSIDENTS AYANT DE GRANDS BESOINS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

Les résidents sont nombreux à avoir besoin d'accompagnement de proximité en raison de souffrances psychiques :

- qui entravent leur accès à l'activité ou l'emploi,
- qui génèrent des difficultés de discernement pour s'entourer de personnes aidantes,
- qui peuvent s'additionner ou s'articuler avec des addictions à des produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, autres stupéfiants, médicaments, …)

⇒ **L'intensification de ce type de public est la résultante :**

- des évolutions récentes, depuis une dizaine d'années, de la psychiatrie de secteur,
- mais aussi des difficultés d'accès aux soins en santé mentale en raison de la surcharge des services dont les délais d'attente sont très importants
- de la lenteur des diagnostics et des évolutions des maladies psychiques
- des difficultés d'adaptation vécues par les personnes qui ont connu une prise en charge psychiatrique institutionnelle depuis leur enfance, en milieu hospitalier articulé avec différents dispositifs (ITEP, Institut de réadaptation, etc.) et doivent désormais faire avec une certaine autonomie dans le quotidien.

LES ADDICTIONS DES PERSONNES EN PRÉCARITÉ : UNE DOUBLE STIGMATISATION

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"*. https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/les-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."*.
- 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

LES ADDICTIONS DES PERSONNES EN PRÉCARITÉ : UNE DOUBLE STIGMATISATION

- Les addictions sont un problème de santé publique qui concerne de nombreuses catégories de la population, mais sont amplifiées par les inégalités sociales. La précarité, s'ajoutant aux difficultés psychiques, accroit le risque de devenir dépendant d'un produit psychoactif.
- Le développement de la démarche de réduction des risques, en lien avec l'approche psychiatrique du rétablissement : une transition en cours

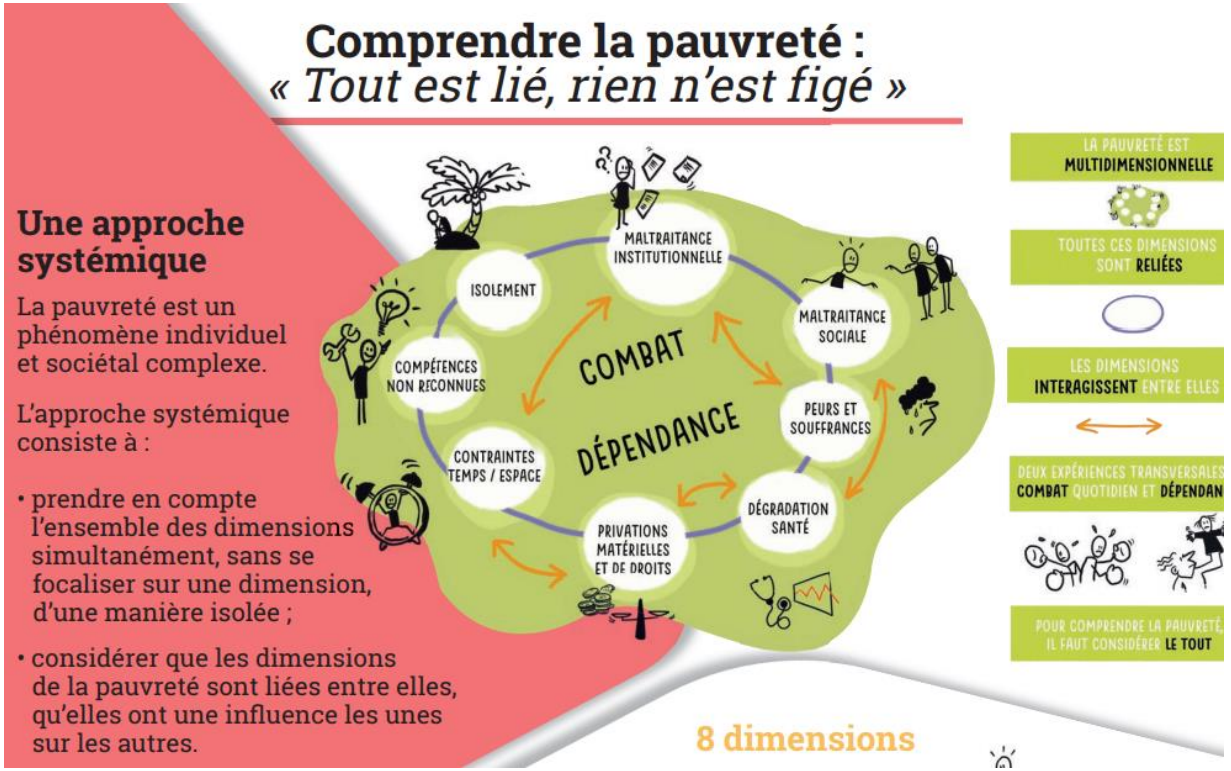
Définition : *« La politique de **réduction des risques et des dommages** en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les **dommages** sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. ». https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues*

Modalités de soutien à la RDR à personnaliser selon les projets d'établissement et à construire en associant les personnes

Guide des outils RDR rédigé par les pouvoirs publics : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reductin-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues

LES ADDICTIONS DES PERSONNES EN PRÉCARITÉ : UNE DOUBLE STIGMATISATION

- Malgré une approche systémique défendue par les spécialistes (notamment cette étude de l'Université d'Oxford et ATD Quart-Monde), le stigmate de la grande pauvreté continue de peser dans les interactions sociales ordinaires.
- « Tout est lié, rien n'est figé »… mais la responsabilisation individuelle de la situation de pauvreté s'ajoute aux idées fausses sur les addictions, en particulier l'alcool.



LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

- Des structures « traits d'union » manquantes, de type EHPAD spécialisés ou LHSS pérennes, insuffisamment déployés sur certains territoires, notamment l'Ain.
- Les pensions de familles et les CHRS confrontés à ces difficultés.
- Manque de structures spécialisées dans la dépendance des personnes âgées et ouvertes à l'accueil de tout public, y compris en grande précarité
- Nécessité d'associer les personnes concernées pour construire avec elles des dispositifs pertinents, alors qu'en tant que précaires elles ont été exclues des décisions tout au long de leur vie. Ces enjeux sont travaillés notamment par ATD, récemment en 2021 : https://www.atd-quartmonde.fr/vieillissement-et-grande-pauvrete-rien-ne-devrait-etre-decide-pour-les-vieux-sans-les-vieux/

« « *La vieillesse est un déni social, puisqu'elle est considérée comme une perte, un poids. Il ne faut pas laisser aux politiques, aux pouvoirs publics, aux associations, aux professionnels seuls le fait de l'organiser. Les gens doivent exprimer comment ils souhaitent vieillir et pas seulement comment ils ne souhaitent pas vieillir. Rien ne devrait être décidé pour les vieux sans les vieux* »

Francis Carrier constate pour sa part que « *les personnes en situation de grande précarité ne se projettent pas dans la vieillesse, encore moins que les autres. Il y a un impensé total sur cette capacité de se dire 'je vais être vieux', parce qu'ils ont vécu dans des situations extrêmes de pauvreté, de danger, de santé déficiente… Arrivés autour de 60 ans, ils peuvent faire valoir des droits, ils reviennent dans une norme sociale qui est celle 'd'être vieux', mais ils ne savent pas forcément comment faire* ».

IMPACTS DU COVID-19 SUR LES PERSONNES

- Parcours de soins heurtés,
- Santé mentale altérée : l'expérience de la pandémie, et la déstabilisation des partenariats avec les associations proposant des activités culturelles et sportives, facteurs de stabilisation de la santé mentale
- Effets de l'inactivité sur la santé générale
- Partenariats extérieurs avec des associations du champ culturel ou sportif stoppées et difficiles à redémarrer
- Effets sur les professionnels : équipes en sous-effectifs, recrutements récents de professionnels moins expérimentés, et avec un moindre appui possible sur des bénévoles

BESOINS DES ÉQUIPES, BESOINS DES PERSONNES => PISTES D'ACTION

- **Formations des professionnels** en santé mentale et en promotion de la santé à systématiser
- **Trouver de nouveaux partenariats de bénévolats** : dans les structures au sein de Tremplin qui accueillent d'autres publics ? Dans les écoles de travail social ? Par des présences lors des journées associatives ? En diffusant une information sur les apports de l'expérience bénévole pour travailler différentes compétences par exemple.
- **Expérimenter la pair-aidance en la formalisant en intra** (former les professionnels à soutenir la pair-aidance / l'identifier dans les situations existantes)
- **Délimiter les espaces où la personne est « chez elle »,** même provisoirement, et ceux qui relèvent du collectif : quelles règles, quels usages des lieux ? (affichages, discours professionnels, démarche de co-construction avec les personnes…)

BESOINS DES ÉQUIPES, BESOINS DES PERSONNES => PISTES D'ACTION

- **Continuer le développer d'une démarche de réduction des risques en accompagnant la consommation**, en mobilisant les affichages et les actions, en tissant plus de liens avec les partenaires (CAARUD, CSAPA) par des interventions auprès des personnes ou des projets communs.
- **Développer des partenariats directs et visibles pour les résidents avec les espaces d'activité spécifiques** : IAE de Tremplin, Premières Heures en Chantier, TAPAJ, y compris pour les personnes ayant des troubles psychiques demandant un grand accompagnement.
- **Visibiliser les enjeux de santé** : au sein du Conseil local santé mentale, auprès des financeurs actuels, de l'ARS, etc. afin de soutenir le développement de nouvelles structures adaptées, notamment au vieillissement des personnes en grande précarité.