

Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques Alcool

De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée.

**Rapport intermédiaire
Septembre 2015-Avril 2017**

Personnes référentes :

Alice LANQUETTE, Animatrice de prévention
Franck MOULIUS, Animateur de prévention
Perrine LEBOURDAIS, Attachée de direction

Table des matières

ELEMENTS DE CONTEXTE PREALABLES	3
⇒ Pourquoi cette expérimentation ?	4
⇒ Pourquoi cette structure ?.....	5
L'EXPERIMENTATION	6
⇒ Les objectifs de l'expérimentation.....	7
⇒ L'organisation de la démarche en interne à l'Anpaa.....	9
⇒ La démarche conduite	11
1. Les principes essentiels de la démarche.....	11
2. Les étapes :	12
LE DEROULEMENT.....	13
⇒ Le travail préalable	14
⇒ Le diagnostic partagé.....	15
⇒ Les résultats du diagnostic	17
De façon générale, le bien-être dans la structure :.....	17
1. Les pratiques concernant l'alcool :	18
2. Les représentations quant à l'alcool	22
3. Les difficultés rencontrées	23
4. Les stratégies existantes et les pistes de réflexion à étudier	26
⇒ La formation-action	28
⇒ La co-construction des changements.....	32
1. Evolution du règlement de fonctionnement	33
2. Expérimentation des changements	35
3. Inscription des changements dans le temps	38
4. Les questions restantes.....	38
⇒ Perspectives.....	38

ELEMENTS DE CONTEXTE PREALABLES

⇒ POURQUOI CETTE EXPERIMENTATION ?

Depuis 2002, l'ANPAA75 mène un travail de prévention en direction du public précarisé. En effet, il nous semble nécessaire d'aller vers un public qui est en marge des dispositifs généraux de prévention, bien qu'il soit particulièrement exposé à la problématique alcool du fait de situations sociales propices à la consommation (sans domicile, solitude, dépression,...). Drogue légale la moins chère et la plus disponible, l'alcool est l'antidépresseur de la précarité et permet bien souvent de faire face à l'absence de lien social ! L'alcool donne l'illusion de soulager les peines, mais il accélère surtout la dérive.

Les données épidémiologiques sont là pour le confirmer, 21%¹ des personnes sans logement personnel sont dépendantes de l'alcool, dont près de 27%¹ des personnes en hébergement d'urgence (CHU)². Bien plus que les chiffres, l'alcool est omniprésent dans les structures du champ de la précarité, c'est le produit le plus problématique qui plus est légal !

Depuis 2010, l'ANPAA75 développe une approche axée sur la réduction des risques « alcool ». En effet, il est difficile de proposer un accompagnement vers le soin. Il existe de nombreuses résistances liées à des représentations sur le soin en alcoologie, dont l'abstinence comme seule et unique finalité. Mais depuis 15 ans, l'alcoologie a évolué. Nous ne parlons maintenant pas seulement d'abstinence mais aussi de réduction de la consommation.

La réduction des consommations consiste à travailler avec l'utilisateur sur ses consommations, à le responsabiliser dans sa relation au produit alcool. Cette approche favorise ainsi la réduction des dommages. Accompagner l'utilisateur dans l'évaluation de ses consommations et des dommages liés est facilitateur du lien. C'est l'utilisateur qui se fixe des objectifs réalisables de diminution de ses consommations. Il devient ainsi acteur de sa santé !

A l'aube de l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risques de substances illicites, on peut s'étonner de la gestion de l'alcool, substance licite, au sein de structures accueillant un public en situation de précarité. En effet, l'alcool y est souvent banni. Or généralement, les effets de cette interdiction sont :

- des consommations massives et visibles sur l'espace public à proximité des structures
- que les personnes les plus en difficultés (dépendantes) arrivent dans les structures fortement alcoolisées pour ne pas avoir à boire à l'intérieur au risque d'être expulsées
- que les personnes fortement alcoolisées sont souvent auteurs de violences physiques et verbales déstabilisant l'équilibre des structures
- que les personnes les plus en difficultés avec l'alcool (dépendantes) quittent les structures en pleine nuit ou très tôt le matin pour s'alcooliser (manque d'alcool)
- que les personnes fortement alcoolisées sont dans l'incapacité de s'inscrire dans des accompagnements sociaux

¹ Enquête SAMENTA – INSERM 2009

² CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

⇒ POURQUOI CETTE STRUCTURE ?

Une structure d'hébergement qui permet de s'appuyer sur un public « stable »

Le CHRS Georges Dunand accueille environ 54 personnes (10 femmes et 44 hommes) dont 2/3 a des problèmes de santé et doivent être accompagnées vers les soins (« au-delà de cette expérimentation, ce qui m'intéresse, c'est que l'on pose les jalons d'un partenariat fort avec le soin). La durée moyenne du séjour est de 3 ans.

- En interne à Emmaüs, le choix de la structure s'est fait de façon collégiale avec tous els directeurs de territoires et les chargés de missions.
- Au sein de la structure, « la question des addictions est au cœur de notre travail. Des résidents boivent beaucoup. Ils boivent surtout dehors, avant de rentrer », « nous nous rendons compte des limites de notre pratique »
- Aujourd'hui, il n'existe pas au sein d'Emmaüs de règlement intérieur commun. Chaque structure a son règlement. A Georges Dunand, quand une personne perturbe le fonctionnement de la structure, il reçoit un avertissement. Quand il récidive, un éloignement de la structure est mis en place.

Un portage institutionnel fort : une ancienneté de partenariat avec Emmaüs depuis 5 ans. Une convention...

- Le DG et le DGA ont validé ce projet
- Une mission santé très impliquée
- Un directeur de territoire impliqué
- La mise en place d'un comité de pilotage qui se réunit 2 fois par an
- Des liens avec le Comité Opérationnel d'Emmaüs Solidarité
- Une convention présentant le cadre de cette expérimentation

Un chef de service porteur qui connaît bien la structure.

Une demande de l'équipe, un intérêt collectif de l'équipe sur cette question-là : « *mon équipe est très motivée. Ils veulent réfléchir à leurs pratiques* ».

L'équipe comprend : 3 travailleurs sociaux qui ont environ 17 suivi chacun, 5 auxiliaires sociaux-éducatifs (3 en journée et 2 en soirée), un/une agent d'entretien (4h tous les jours) : « c'est elle qui vide toutes les cannettes tous les matins, elle voit des choses », 1 chef de service, un compagnon (ancien hébergé qui vient aider).

L'EXPERIMENTATION

⇒ LES OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION

Objectif général de l'expérimentation (pour les 2 années) :

Diminuer la consommation d'alcool dans une structure d'accueil de personnes en grande précarité.

Objectif général de la 1ère année :

Créer les conditions de la mise en place d'un espace de consommation d'alcool au sein d'une structure d'accueil de personnes en grande précarité.

Objectif général de la 2^{ème} année :

Mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement partagés pour favoriser la prévention des Risques et la Réduction des Dommages liés à l'Alcool.

Objectifs opérationnels initiaux (pour les 2 années) :

- Ouvrir un espace de consommation d'alcool au sein d'une structure d'accueil de personnes en grande précarité.
- Diminuer les risques individuels liés à la consommation excessive d'alcool dans ces structures : isolement, désinsertion sociale, maladie, ...
- Diminuer les risques collectifs liés à la consommation excessive d'alcool dans ces structures: insécurité, dégradation, climat collectif dans la structure, ...
- Modifier les rapports entre les personnes accueillies, les bénévoles et les professionnels.
- Accompagner les personnes ayant un problème d'alcool, voire un problème avec d'autres produits, vers les soins.

Objectifs opérationnels pour la 1^{ère} année :

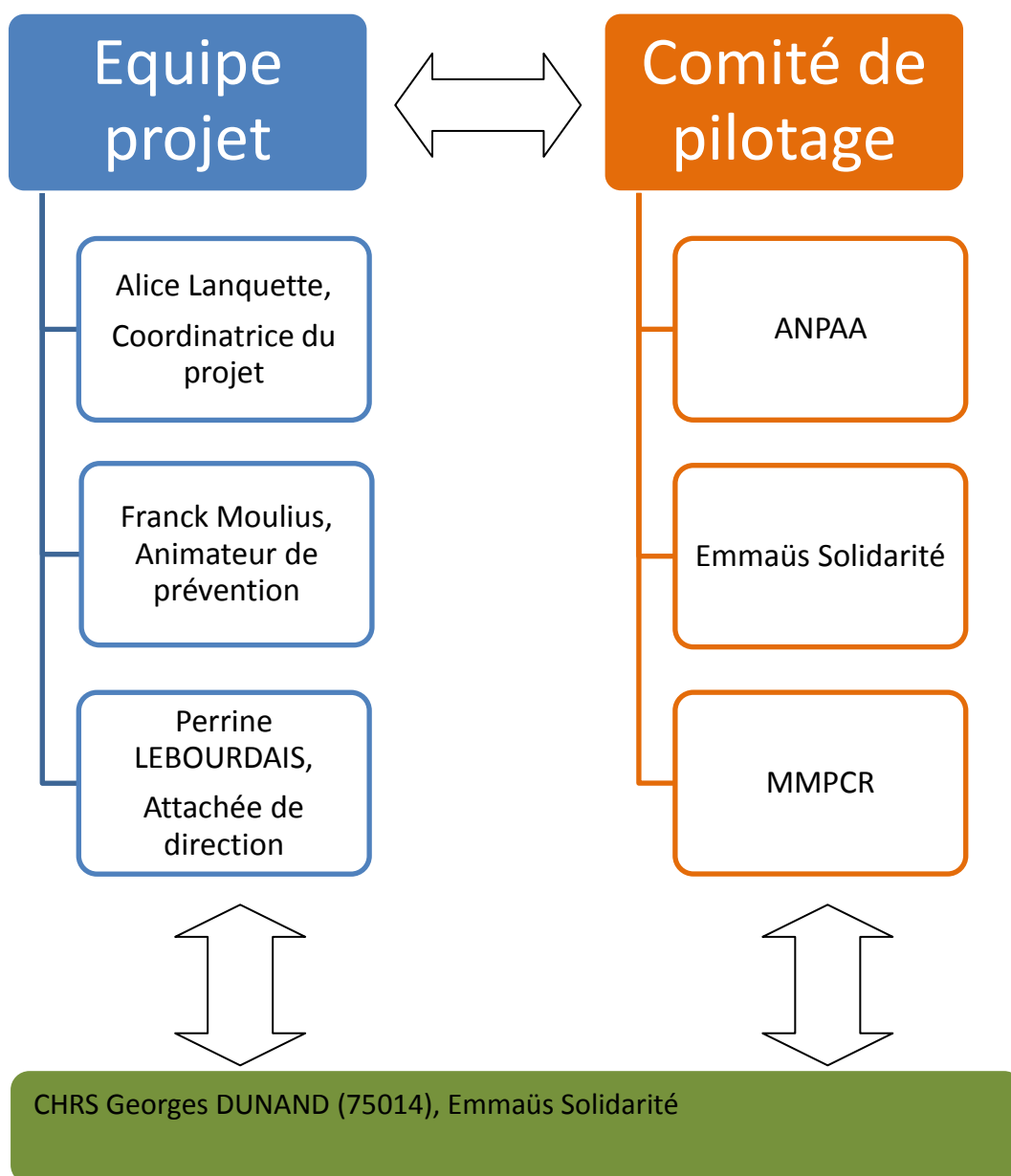
- Mobiliser une structure d'expérimentation
- Réaliser un diagnostic partagé autour de la question de l'alcool dans cette structure
- Former une équipe (professionnels, bénévoles et personnes hébergées) à l'alcoologie
- Accompagner cette équipe à la mise en place d'un espace de consommation d'alcool
- Mettre en place des ateliers auprès des résidents pour faire évoluer leurs représentations par rapport à l'alcool et aux addictions

Objectifs opérationnels de la 2^{ème} année :

- Définir de nouvelles modalités de gestion de la question de l'alcool
- Les expérimenter et les évaluer
- Renforcer les capacités des équipes à orienter et accompagner les personnes vers le soin
- Accompagner l'équipe vers l'autonomie dans la gestion de la problématique alcool

- Capitaliser sur l'ensemble de l'expérimentation et diffuser cette capitalisation

⇒ L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE EN INTERNE A L'ANPAA



L'équipe projet est composée :

- d'une Animatrice de prévention chargée de coordonner le projet
- d'un Animateur de prévention chargé de conduire le projet avec la coordinatrice
- d'une Attachée de direction, chargée d'accompagner la coordinatrice et l'animateur dans la conduite du projet et dans la capitalisation de la démarche

Le comité de pilotage est chargé de fixer les grandes orientations du projet, d'être conseil et soutien quant au bon déroulement du projet, de communiquer et valoriser cette démarche. Il est composé :

- de l'ANPAA, chargée de conduire le projet
- de la Mission Santé d'Emmaüs Solidarité
- de la MMPCR, financeur principal de la démarche

Le CHRS Georges Dunand, est la structure dans laquelle se déroule l'expérimentation.

Au cours de la 1^{ère} année de la démarche, 3 rencontres entre l'équipe projet de l'ANPAA, la direction du CHRS et la Mission Solidarité ont eu lieu. Cela a permis d'affiner le déroulement opérationnel de la démarche mais aussi de voir comment la Mission Santé pouvait être ressource et communiquer en interne sur cette action. Suite à une de ces rencontres, l'équipe projet a participé à une réunion de Comité Opérationnel afin de présenter la démarche à tous les chargés de mission, responsables de territoires et à la Direction Générale d'Emmaüs Solidarité.



1. Les principes essentiels de la démarche

→ La démarche de Réduction des Risques

Dans la démarche de réduction des risques « *l'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction mais d'éviter les complications, et de le faire en impliquant l'usager lui-même* »³.

Aussi, cette expérimentation s'appuyant sur la démarche de Réduction des Risques, il s'agit pour l'équipe projet de créer les conditions pour que les résidents réduisent les risques liés à leur consommation excessive d'alcool et diminuent les dommages qui y sont liés. Ainsi, il s'agit aussi bien d'agir sur la structure, son fonctionnement que sur les pratiques des professionnels et des hébergés. Mais il s'agit également de proposer une aide aux personnes hébergées afin qu'elles puissent accéder plus facilement aux soins.

→ La démarche communautaire en santé

« *La démarche communautaire en santé est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* » (OMS).

« Si l'intérêt d'une démarche participative semble aujourd'hui acquis dans le champ de la santé, sa mise en œuvre réelle, ainsi que la démarche qui l'inspire ne sont pas toujours sans ambiguïtés. Dans les pratiques, en effet, la participation des publics à la définition des politiques de santé ou à l'action locale recouvre des réalités très différentes, allant de la représentation ou de la consultation ponctuelle des usagers à des formes d'implications plus actives et soutenues dans le temps.[...] En santé communautaire, en revanche, la notion de participation va généralement plus loin, elle est à comprendre au sens " **d'être partie prenante** " à la mise en œuvre d'un projet, de sa conception jusqu'à sa réalisation. En ce sens, la participation est considérée comme un processus qui doit permettre à terme aux individus, aux familles ou aux communautés de prendre en charge leur propre santé et leur bien-être »⁴.

Au-delà de permettre de croiser les regards et les expertises, la démarche communautaire vise

³ Morel A., Couteron J.P., « Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner », Paris, Dunod, 2008

⁴ Lamoureux P., « L'approche participative dans un projet de santé », In La Santé de l'Homme n°382, Dossier " Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? ", Mars-Avril 2006.

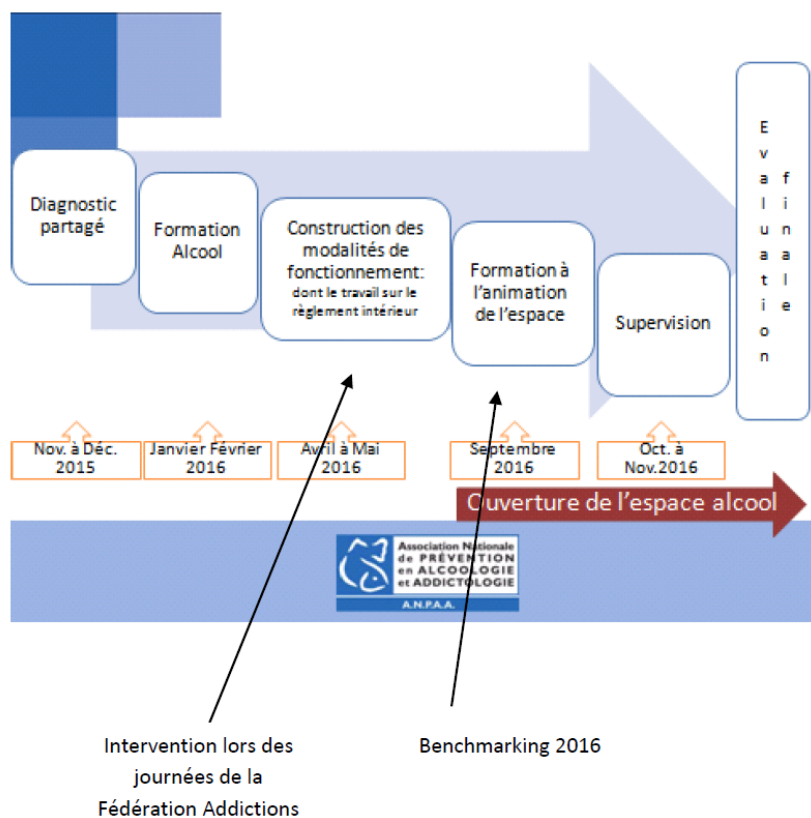
l'empowerment des acteurs impliqués. Il s'agit du « processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie la capacité d'agir concrètement et de façon autonome. En bref : le pouvoir, ainsi que la capacité de l'exercer »⁵.

2. Les étapes :

Comme indiqué dans le dossier de demande de subvention déposé auprès de la MMPCR, cette expérimentation doit permettre de réduire les risques liés à la consommation d'alcool au CHRS Georges Dunand en :

- Accompagnant l'équipe dans une réflexion globale autour de l'alcool.
- Accompagnant les résidents dans leur réflexion par rapport au produit.
- Mettant en place de nouveaux modes de fonctionnement favorisant la Prévention des Risques et la Réduction des Dommages.

Pour cela, l'ANPAA a proposé de suivre la démarche suivante :



⁵ Ninacs W. A., « Empowerment et service social : approches et enjeux », Service social, vol.44n°1, 69-93 – 1995.

LE DEROULEMENT



LE TRAVAIL PREALABLE

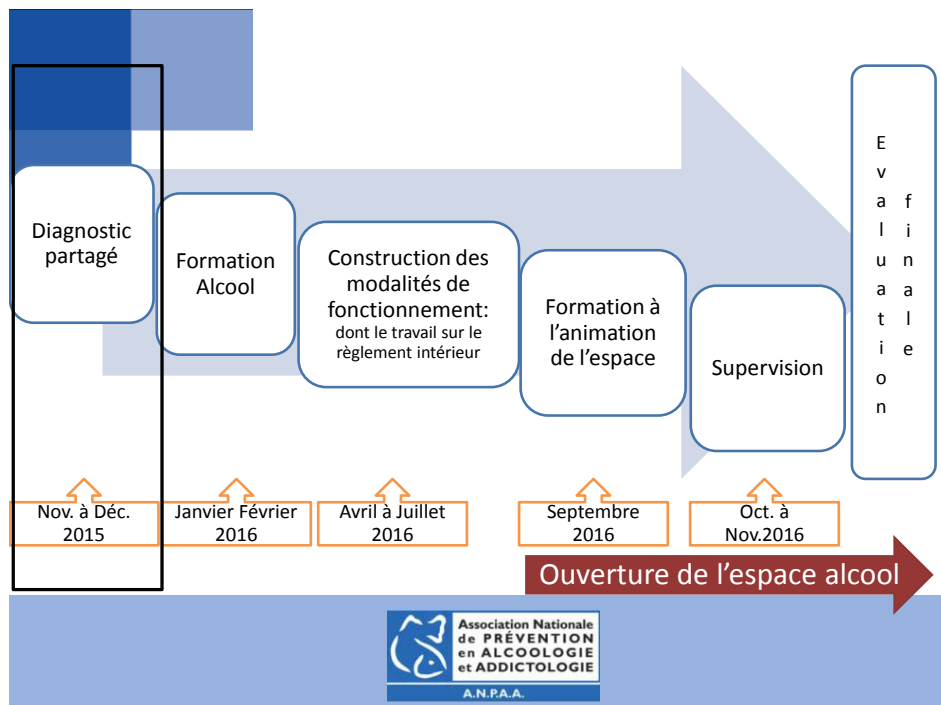
Les 4 réunions qui ont eu lieu en préalable ont permis à l'ANPAA de faire connaissance avec l'équipe, de recueillir leurs attentes quant à cette expérimentation mais également d'échanger sur leurs doutes et appréhensions. Ainsi, les professionnels du CHRS ont exprimé les craintes et remarques suivantes :

- Le projet va-t-il générer une augmentation des consommations et donc des problèmes la nuit ?
- Le projet va-t-il encourager les personnes à consommer d'avantage et/ou à moins respecter le cadre établi ?
- Il y a une nécessité d'avoir une approche différente la journée et la nuit et de « sécuriser » le cadre de travail la nuit.
- Qu'en est-il des personnes qui consomment tous les jours mais qui ne posent pas de problèmes ?
- Le projet s'adresse-t-il uniquement aux personnes en difficulté avec l'alcool ?
- Le projet va-t-il remettre en question les partenariats déjà engagés avec des structures de soin ?
- Comment va-t-on présenter le projet aux autres résidents ?
- Quel peut être l'impact du projet sur des personnes abstinentes peu confrontées aux consommations ?
- Comment éviter que certaines personnes se sentent plus favorisées que d'autres dans ce projet ?

Après avoir répondu à chacune de ces questions, les échanges ont permis de commencer à recueillir des éléments de diagnostic.

Enfin, à partir de là, l'ensemble des professionnels et les animateurs de l'ANPAA ont pu s'entendre sur les objectifs qu'ensemble ils souhaitaient atteindre avec ce projet et les conditions nécessaires à leur implication.

⇒ LE DIAGNOSTIC PARTAGE



Le diagnostic partagé : « Le principe fondamental est donc de considérer le diagnostic comme un instrument visant à modifier des situations problématiques, à concevoir et à conduire un processus de changement. Le diagnostic ne doit pas se focaliser seulement sur l'analyse des problèmes inhérents à une situation mais s'efforcer de repérer les potentialités de changement qu'elle recèle et sur lesquelles il sera possible de s'appuyer pour générer un processus de développement. La qualité première d'un diagnostic est de susciter un échange et une confrontation des points de vue du territoire d'intervention. Il doit provoquer une dynamique locale et permettre la constitution de partenariats »⁶.

⁶ In Méthode pour élaborer un diagnostic dans le cadre d'un programme de développement social urbain, Programme Med-Rehab (Marseille, Lisbonne, Anderlecht, Rabat, Sousse, Tripoli, Oran), S.N., page 7

Au total, entre novembre 2015 et février 2016, **19 entretiens semi-directifs** ont été réalisés auprès de **18 résidents** différents⁷. 3 personnes n'ont pas souhaité être rencontrées car elles n'avaient pas envie de parler à des personnes extérieures. Les entretiens ont duré entre 15 et 45 minutes.

En parallèle, un diagnostic auprès de **l'équipe de professionnels** a été fait lors de **9 entretiens semi-directifs**. Les éléments recueillis ont ensuite été croisés avec les échanges qui ont pu avoir lieu lors des 4 jours de formation-action auxquels l'équipe a participé.

A partir de tous ces éléments, une mise en perspective a été faite et a permis de mettre en évidence des points de convergence et de divergence dans les constats faits par les résidents et les professionnels.

Nous présentons ici ces éléments en suivant le cheminement suivant :

- **La question du bien-être global dans la structure**
- **Le focus sur l'alcool :**
 - Les pratiques de consommation dans la structure
 - Les modalités de « gestion » de l'alcool dans la structure
 - Les pratiques d'accompagnement vers les soins
- **Les représentations quant à l'alcool**
- **Les difficultés rencontrées... :**
 - ... dans la vie quotidienne de la structure
 - ... la nuit
 - ... dans l'orientation et l'accompagnement vers les soins
- **Les stratégies existantes et les pistes de réflexion à étudier**

⁷ Une personne a été vue deux fois à sa demande

De façon générale, le bien-être dans la structure :

Avant d'aller plus loin dans le détail des résultats, il nous paraît essentiel de souligner qu'au-delà d'un diagnostic centré uniquement sur la question de l'alcool au sein de la structure, nous avons élargi le focus et profité de ces rencontres avec les résidents et les professionnels pour identifier les éléments positifs de la structure et les leviers sur lesquels nous appuyer pour travailler avec l'équipe et les résidents.

Aussi, de façon générale, les résidents rencontrés ont plutôt un sentiment de bien-être global dans la structure : « *Ce que j'apprécie à Georges Dunand, c'est ma chambre* », « *C'est bien que l'on rentre à l'heure qu'on veut* », « *Je me sens bien ici même si parfois la cohabitation est compliquée. Je me sens en sécurité* », « *Je me sens bien ici mais je voudrai partir en studio indépendant* », « *Je me sens bien ici, ça va, j'ai un toit* », « *Je me sens bien ici, pas de problèmes. Ici j'ai un lit pour dormir et je mange* », « *Ici on mange, on a un toit, un accompagnement pour les papiers. Emmaüs m'aide plus que ma famille. Je me sens bien ici* ». Ces éléments montrent que les personnes sont surtout heureuses d'avoir un toit. Toutefois, certaines ont également dit qu'elle ne pouvait pas se plaindre parce qu'elles étaient nourries, logées ...

Seulement deux résidents ont exprimé un avis négatif sur la structure et il semble que ce soit la vie collective qui soit le plus difficile à vivre pour ces personnes : « *Ce centre ne peut pas être bien, la nourriture et la façon dont les gens réagissent* », « *C'est dur de vivre ici, avec les autres. Je cherche une autre solution pour le logement* ».

De son côté, un professionnel a insisté sur la vétusté des locaux : « *En ce qui concerne la structure, c'est une catastrophe notamment les chambres. Normalement on leur fait payer 20% de leurs revenus mais je trouve ça honteux et non respectueux de leur dignité. C'est un lieu de vie en perdition, inhumain et indigne. Le chauffage fonctionne mal, il y a des cafards et des punaises. Pour le moral, c'est humiliant et les gens sont peu enclins à aller de l'avant* ».

2 aspects semblent être cruciaux pour les résidents, dans leur vie dans la structure :

- **L'aide apportée par l'équipe de professionnels** : « *J'essaie de diminuer ma consommation d'alcool et les référents m'aident bien dans cette démarche* », « *Ici, il y a tout ce dont on a besoin* ». « *Les référents répondent à mes besoins et m'orientent* », « *J'ai été bien accueillie et mon référent s'occupe de moi quand j'ai un problème* », « *L'accompagnement social est super, les professionnels nous aident vraiment sur l'alcool* ». Néanmoins, certaines personnes ont également exprimé que trop de compassion ne les incitait pas à rebondir, ne les stimulait pas. Nous pouvons penser que l'absence d'objectifs individuels, l'absence de suivi régulier des résidents contribue aussi à ce fatalisme qu'expriment parfois les personnes rencontrées.

- **Le lien social** : « *Tout est idéal, cela se passe bien avec mon voisin* », « *Je suis seul dans ma chambre mais j'ai de bonnes relations avec les autres personnes* ».

1. Les pratiques concernant l'alcool :

→ Les pratiques de consommation d'alcool dans la structure

Les résidents comme les professionnels ont identifié qu'il existait 2 « modalités » de consommation d'alcool :

soit à l'extérieur, avant de rentrer dans la structure, loin du centre et des regards :

- La vision des résidents : « *Les personnes sont plus tentées de boire à l'extérieur* », « *Moi je bois dans la rue car ici c'est interdit* », « *Les personnes consomment dehors ou ailleurs* », « *On doit rentrer avant 1h du matin et cela pose problème quand je rentre bourré. Quand tu rentres, tu parles mal. Je sais que les ASE ont raison et j'ai honte de ne pas m'en souvenir* ».
- La vision des professionnels : « *les personnes rentrent ivres* », « *Les gens boivent tout leur alcool avant de rentrer dans la structure* ».

soit dans les chambres, « en cachette » :

- La vision des résidents : « *Ils boivent en secret* », « *Je vois des gens rentrer avec de l'alcool* », « *Il y a trop de gens qui boivent en cachette, c'est interdit mais les gens boivent quand même* », « *L'alcool est un peu caché dans la structure* », « *caché car non autorisé* ».
- La vision des professionnels : « *Quand ils touchent le RSA, on retrouve beaucoup de canettes de 8.6 et beaucoup de bouteilles de vin. On pensait qu'une seule personne consommait beaucoup de vin mais quand cette personne est partie, il y avait toujours des bouteilles. Il ne cache plus les bouteilles à partir du moment où elles sont vides* », « *D'autres personnes s'alcoolisent mais se cachent* ».

Autrement dit, quelle que soit la « modalité » de consommation, celle-ci se fait de façon cachée, loin des regards.

Enfin, il est à noter que ni les résidents, ni les professionnels n'évoquent de consommation dans les parties communes. Cela n'existe pas, ne se pratique pas, n'est pas remis en question et est très bien respecté par tous.

→ Les modalités de « gestion » de l'alcool dans la structure

Comme toujours, il y a **ce que dit le règlement**, comment ce dernier est approprié et appliqué, et les pratiques individuelles qui en découlent.

Dans son article 3, le règlement intérieur du CHRS Georges Dunand dit : « *Il est interdit **d'introduire** et de **consommer** de l'alcool **dans l'établissement** et **autour de celui-ci**, y compris **dans sa chambre**. L'équipe est autorisée à **confisquer** toute bouteille d'alcool dans l'enceinte de l'établissement* ».

La vision que les professionnels ont de ce que dit le règlement : « Il est écrit dans le règlement qu'il est interdit de boire dans le centre », « Dans le règlement, il est précisé qu'il est interdit d'être en état d'ébriété ».

La vision que les résidents ont de ce que dit le règlement : « l'alcool est caché car non autorisé », « Ils boivent en secret car c'est interdit », « c'est interdit et je ne veux pas perdre ma place », « c'est interdit ».

La plupart des résidents rencontrés estiment que l'interdiction de consommer de l'alcool dans la structure est une bonne chose, voire qu'il faudrait rendre le règlement encore plus strict sur cette question : « Le règlement n'est pas assez strict. Il n'y a pas assez de sécurité pour les pros et pour les hébergés », « Je trouve bien que l'alcool soit interdit, il n'y a pas trop d'alcooliques dans la structure », « Si l'alcool était autorisé, ce serait ingérable et chacun en ferait qu'à sa tête ». Le règlement semble jouer ici un rôle sécurisant et contenant à la fois pour les personnes qui n'ont pas de difficulté avec le produit, mais aussi pour celles qui en ont.

Tout cela ne semble pas clair dans l'esprit des résidents en tous cas. Et de conclure par les propos d'un professionnel interviewé : « L'interdiction a un but dissuasif mais n'a pas d'impact sur le comportement des gens ».

A travers ces discours, on voit bien qu'il existe un flou dans la compréhension du règlement intérieur et qu'il est nécessaire de préciser certains éléments.

Arrêtons-nous maintenant sur **les pratiques individuelles** qui découlent de la façon dont chacun s'approprie le règlement.

Lorsque les résidents sont interpellés parce qu'ils possèdent de l'alcool, les pratiques des professionnels ne sont pas similaires :

- certains professionnels le confisquent : « Quand quelqu'un rentre avec une canette, je l'interpelle et je lui demande sa canette. Je la mets dans le bureau et je la lui rends après, « Quand je vois quelqu'un rentrer avec de l'alcool, je le confisque ».
- en ce qui concerne la présence de l'alcool dans les chambres des résidents : « S'il y a de l'alcool dans une chambre, on confisque l'alcool », « Quand je vais dans les chambres, je ne confisque pas l'alcool, je trouve ça humiliant de confisquer en tous les cas devant les autres. », « on ferme les yeux quand les gens consomment dans leurs chambres ».

On voit bien ici qu'avec les propos de 3 personnes différentes, on dispose de 3 pratiques différentes liées à la présence d'alcool dans les chambres des résidents : le premier professionnel qui interdit la présence d'alcool dans la chambre, le deuxième qui n'est pas d'accord avec cette présence, qui confisque l'alcool seulement lorsque le résident est tout seul dans la chambre et le dernier qui laisse les personnes avoir et consommer de l'alcool dans leurs chambres.

Deux résidents ont d'ailleurs abordé spontanément cette question en disant: « Je pense qu'il faut plus

interdire mais consommer dans sa chambre devrait être possible mais j'aurai peur des excès. Il faut plus contrôler à l'entrée ceux qui boivent dehors, ne pas laisser ceux qui sont bourrés rentrer », « Si la personne qui a besoin de boire boit dans sa chambre, ça lui permet de se reposer ensuite sans être dans la rue avec les problèmes ».

En ce qui concerne les sanctions, là aussi il y a divergence :

- **une application stricte du règlement et de la procédure :** *« Quand il y a un problème de comportement dans la structure, on donne un avertissement oral puis s'il y a récurrence, on donne un avertissement écrit. A la troisième récurrence, on peut éloigner la personne », « Quand quelque chose est marqué dans le carnet de liaison, on en reparle en réunion d'équipe. On rappelle le règlement à la personne tout en ayant en tête que c'est une pathologie ».*
- **des sanctions prévues qui ne sont pas appliquées :** *« On contrôle les chambres une fois par semaine. Après deux avertissements, la personne est censée être éloignée mais ce n'est pas appliqué », « Si on appliquait le règlement strictement, il n'y aurait plus personne. Si ce n'était plus interdit, ce serait moins tabou et on arriverait à de meilleurs résultats », « Les sanctions ne sont pas souvent appliquées ».*

C'est d'ailleurs ce que constatent la plupart des résidents interrogés : *« Je trouve l'équipe sympa avec ceux qui boivent. L'équipe ne sanctionne pas les personnes. », « Les gens ne respectent pas le règlement et rentrent avec de l'alcool. Si le règlement était efficace et les gens punis, il y en aurait moins qui consommeraient », « L'équipe ne sanctionne pas les personnes qui boivent. Il n'y a pas assez de sanction, il faudrait des sanctions adaptées. [...] Je pense que maintenir l'interdit est important. Si l'alcool était autorisé, il y aurait plus d'agressivité », « Il y a besoin d'être strict sur l'alcool. Si on laisse faire, ça peut se généraliser, l'alcool est un facteur de violences et de manque de respect envers certains professionnels », « L'équipe n'intervient pas sur l'alcool », « Le règlement ne sert à rien car il n'y a pas toujours de sanctions et les règles ne sont pas bien expliquées ».*

Or, le règlement intérieur du CHRS Georges Dunand stipule que : *« La fin du séjour, entraînant une fin de l'accompagnement immédiat, peut être justifiée par les motifs suivants : [...] consommation d'alcool ou état d'ivresse dans le centre ».*

Lorsque les professionnels « détiennent » l'alcool des résidents, là aussi les choses ne sont pas claires quant aux conditions et aux modalités de restitution de l'alcool : « *Je peux redonner l'alcool mais uniquement si la personne est vraiment en manque* », « *Plusieurs fois il nous est arrivé de redonner l'alcool quand les personnes sortaient dehors* ».

Bien que dans l'article 3 du règlement intérieur, « *L'équipe est autorisée à **confisquer** toute bouteille d'alcool dans l'enceinte de l'établissement* », rien n'est précisé quant à la restitution de l'alcool aux résidents. Dans quelles situations, pour répondre à quels besoins, selon quelles modalités... Cela sera sûrement un point à préciser avec l'équipe.

→ **Les pratiques d'accompagnement vers les soins**

Se pose ensuite la question de ce que les professionnels font à la place de la sanction ou après la sanction : quelle orientation est faite ? Vers quelle structure ? Avec quelles modalités de retour dans le centre du résident ?

Que ce soit les résidents ou les professionnels, ils abordent ce sujet de façon **très vague**. En effet, pour ces 2 publics, il s'agit d'une réelle priorité, mais **les modalités d'accompagnement vers les soins ne semblent pas très travaillées** ou si elles le sont ne semblent pas être collectives, partagées : « *On se pose la question des structures qui seraient les plus adaptées et comment faire du lien avec les CSAPA. On demande souvent au secteur de la psychiatrie de « sauver la personne ». Comment peut-on travailler autrement qu'en envoyant en cure et en post-cure ? On travaille avec le Smes en cas de péril imminent. Mais finalement, on est beaucoup dans la réaction, on manque d'espaces de réflexion sur la personne* », « *Ce qui me pose problème ce sont les gens qui essayent de s'en sortir et pour qui il ne se passe rien. Je ne veux pas offusquer mes collègues en pensant qu'il n'est pas suivi. A Fernand Widal, les gens entrent et sortent comme ils veulent. Cela ne sert à rien d'être à l'hôpital si c'est comme ça* », « *il y a un manque d'accompagnement, des choses qui ne sont pas mises en place* ».

2. Les représentations quant à l'alcool

Les pratiques décrites ci-dessus sont influencées en partie par les représentations que les personnes ont de l'alcool et des personnes qui ont une difficulté avec ce produit.

Les échanges qui ont eu lieu avec les professionnels rencontrés montrent qu'il existe une représentation très négative de l'alcool. En effet, la 1^{ère} matinée de la formation action, les formateurs ont pris un temps pour que les participants expriment leurs représentations de l'alcool à partir d'un outil appelé Abécédaire. Sur les 77 occurrences qui ont émergées :

- **55 sont négatives** : Agressivité, Abus , Beuverie, Se cacher, Colère contre soi, Crise culpabilité, Dépression, Danger, Découragement, Enervement, Fin, Fatigue, Faiblesse, Hygiène, Irresponsable, Isolé, Irrespectueux, Masque, Obsession, Peur, Paresse, Suicide, Traumatisme, Violence...
- 15 sont plutôt neutres : Abstinence, Boire, Gare, Gestion du budget, Histoire de vie, Journée, Normal, Organisation, Produit, Parler, Parole, Relations, Regard, Soins, Verres
- 7 sont positives quant à l'alcool : Amitié, Equilibre, Joie, Liberté, Solution, Utilité, Valeur

Bien évidemment, ces représentations évoluent en fonction des expériences auxquelles chacun est confronté, mais en retour elles modulent nos façons d'agir et donc nos pratiques professionnelles.

De leurs côtés, les résidents ont également leurs représentations de l'alcool et des raisons qui peuvent amener à consommer. Pour eux, la raison principale est **l'ennui** qui a été mentionné par 7 personnes comme facteur de mal-être qu'il s'agisse d'un manque de perspectives professionnelles ou d'un manque d'activités dans la structure : « *Il faudrait proposer des ateliers comme du sport, des sorties, plus occuper les gens qui boivent par ennui, il faut plus d'activités la journée et le soir* », « *Je m'ennuie, il faut plus de choses à faire.* », « *Ca manque d'activités pour empêcher de boire et de fumer* », « *Je ne reste pas beaucoup dans les locaux car il n'y a rien à faire* », « *Je bois aussi parce que je m'ennuie* », « *Quand je travaille, je ne bois pas pareil.* », « *A force de rester sans rien faire, ça me tue, je m'ennuie* ».

Pour les professionnels, une des raisons qui peut amener les personnes à entretenir un rapport problématique avec l'alcool renvoie également à **l'ennui, l'isolement et la dévalorisation** : « *ils s'ennuient, ils ont besoin de parler et d'être écoutés. Ils ont besoin d'être valorisés et de se valoriser eux-mêmes. Quand on parle avec eux, ils nous disent qu'ils sont seuls, qu'ils n'ont rien à faire... ça me touche. Ils passent toute la journée à ne rien faire. Ils sortent pour boire et ils reviennent puis ils dorment et ainsi de suite. Ils passent à côté de beaucoup de choses. Mais c'est aussi leur liberté* », « *Notre problème est aussi la revalorisation de la personne. Dès que l'on se réunit, c'est quand une personne pose problème. Il faudrait arriver à se réunir et convoquer la personne quand il y a des avancées positives* ».

Autrement dit, renforcer les compétences sociales de la personne, les valoriser et s'appuyer dessus pour accompagner le résident voire pour les mettre en commun avec les compétences des autres semble être une démarche importante à entreprendre et chère aux yeux des professionnels qui sont aujourd'hui dans un sentiment d'impuissance.

3. Les difficultés rencontrées ...

De façon générale, il ressort des entretiens que **peu de personnes semblent poser problème** dans le quotidien au collectif.

En revanche, **les personnes qui posent des difficultés sont principalement celles qui sont en difficulté avec l'alcool.**

En effet, parmi les résidents rencontrés, 14 ont mentionné que l'alcool (ou les personnes alcoolisées) était problématique dans la structure : « *Ce sont les gens dépendants qui posent problème et quelques fois qui perturbent.* », « *Les gens qui sont discrets quand ils sont alcoolisés, on les laisse tranquilles car ils ne posent pas de problèmes. Ceux qui posent problèmes, il faut s'en occuper rapidement. Certains posent problème régulièrement.* », « *Il y a peu de personnes qui perturbent le fonctionnement du centre* », « *Les gens viennent avec des bouteilles. Certaines situations dégènèrent à cause de l'éducation et de ceux que les gens vivent* », « *Il y a toujours une personne qui fout la merde, heureusement les référents interviennent* ».

Du côté des professionnels, ce constat est également partagé : « *Beaucoup d'hébergés consomment dehors et rentrent très alcoolisés* », « *Ce qui est problématique avec l'alcool, c'est que cela perturbe la quiétude des résidents et cela indispose les salariés. Cela peut perturber beaucoup par exemple lors des réunions ou pendant les repas. Cela n'arrive pas tout le temps. Certains résidents laissent leurs repas et s'en vont* », « *ce sont les personnes qui ne maîtrisent pas leur consommation qui posent problème [...]. Peut être 4 ou 5 personnes perturbent le collectif* », « *quelques hébergés posent des problèmes, ceux qui boivent le plus, il y a besoin d'un suivi particulier pour eux sans oublier les autres qui boivent mais de façon discrète* ».

→ ... dans la vie quotidienne de la structure

Qu'il s'agisse des résidents ou des professionnels tous s'entendent pour dire que les difficultés sont de 3 ordres :

Les nuisances (bruit, dégâts matériels...) : « *Certaines personnes font beaucoup de bruit en particulier les personnes qui s'alcoolisent* »

Les comportements (violence, agressivité...) : « *Quelques-uns s'alcoolisent beaucoup. Un en particulier est collant quand il a bu.* », « *C'est ceux qui prennent de l'alcool qui posent problème. Dans le réfectoire, ils dérangent tout le monde.* », « *Ceux qui boivent dans leur chambre ne font pas de problèmes mais ceux qui boivent dehors rentrent et font des problèmes.* », « *Les ¾ des résidents ne picolent pas et les autres ne savent pas boire, cela provoque des violences* », « *Je vois les personnes rentrer bourrées et embêter les autres et parfois m'embêter, l'alcool c'est trop de problèmes entre résidents* »

L'effet sur le climat général au sein de la structure : 2 personnes ont parlé du manque de respect entre résidents et 2 personnes ont mentionné l'incompréhension entre consommateurs et non consommateurs. D'autres propos font état d'une stigmatisation importante des personnes consommatrices d'alcool : « *Il y a un problème de respect entre les résidents* », « *Il y a des frictions avec les autres. La cohabitation est difficile et il y a un manque de respect de certains hébergés.* », « *N'existe-t-il pas des structures qui pourraient*

accueillir ces personnes ? », « Il y a une incompréhension entre consommateurs et non-consommateurs. », « Ceux qui boivent ensemble s'entendent bien mais c'est plus compliqué avec les non buveurs » », « Il arrive aussi que les gens parlent beaucoup et indispose les autres »

Ainsi, il ne semble pas y avoir beaucoup ou de gros problèmes liés à la consommation d'alcool des résidents. Néanmoins, **ces quelques situations cristallisent et ternissent l'ambiance, voire pour des professionnels, semblent pouvoir conduire à l'explosion** : *« On fait des efforts pour pas que ça pète à l'intérieur », « l'alcool installe une peur, ça casse l'ambiance, les hébergés ne veulent pas voir les personnes qui ont bu, l'alcool fait fuir et isole »*. D'où la nécessité de travailler sur cette question collectivement afin de décrire les tensions, qui peuvent parfois se cristalliser autour de l'alcool.

→ ... la nuit

Très clairement, et comme exprimé par les ASE, l'alcool pose plus de problème la nuit et en particulier au moment du retour dans la structure. Ce moment est en effet redouté par les personnes qui s'alcoolisent comme une étape difficile à gérer. Plusieurs résidents sont ainsi conscients des problèmes qu'ils posent lorsqu'ils sont alcoolisés : *« On doit rentrer avant 1h du matin et cela pose problème quand je rentre bourré. Quand tu rentres, tu parles mal. Je sais que les ASE ont raison et j'ai honte de ne pas m'en souvenir », « Il faut éviter par contre de rentrer bourré car on peut faire le con et ne pas vraiment se rendre compte de ce que l'on fait »*.

Il est intéressant de noter que **l'angoisse ressentie par les résidents rencontrés au moment de l'entrée dans la structure le soir ou la nuit, est partagée par les professionnels** : *« La journée ce n'est pas le bazar, c'est plus le soir », « la nuit et le week-end, c'est plus difficile », « quand on se prépare à faire la nuit, on angoisse. On se dit, comment un tel va être aujourd'hui. Et de leurs côtés, les résidents sont pareils, ils angoissent en se disant comment le travailleur social va m'accueillir ce soir, en fonction de l'état dans lequel je vais rentrer. Et d'un côté comme de l'autre, cette angoisse génère de l'agressivité », « la nuit, mon travail est la sécurité. Quand les gens arrivent bourrés, ils me provoquent, alors je me mets tout de suite sur la défensive », « la nuit, la psychologie change. Il y a une solitude. On est moins armé. C'est pareil pour la personne accueillie. Même sans qu'il y ait d'action, il y a une tension, la tension de la nuit. Emotionnellement, on a tout dans la tronche, on anticipe, souvent mal, et la personne aussi », « la première chose que je fais quand j'arrive le soir et que je fais la nuit, je regarde la liste des personnes qui sont là et je me dis « ah, celui-là est déjà rentré ça va être calme » »*.

Cette angoisse est liée au contexte de la nuit, mais également au dénuement des professionnels sur ces horaires là, ce qui parfois peut les conduire à vivre des **situations dangereuses** : *« quand les personnes rentrent alcoolisées, elles sont très fatiguées. Parfois, je dois les porter pour les amener dans leurs lits. C'est mission impossible de les porter. Une fois, j'ai réussi à amener une personne jusqu'au 5^{ème} étage, mais je ne le ferai plus tout seul. En plus, quand on arrive dans la chambre, c'est mal éclairé », « parfois, les personnes sont trop alcoolisées. Alors, je les mets en bas jusqu'à ce qu'elles soient capables de remonter. Le lendemain, elles sont gênées et viennent s'excuser », « mon boulot la nuit c'est surveillance, rondes, sécurité, être à l'écoute car la nuit est un moment de fragilité, la violence est souvent occasionnée par l'alcool, j'ai déjà été agressé mais ma stratégie est de façon souple, d'amener l'hébergé à regagner sa chambre, voire de le*

raccompagner dans sa chambre pour la sécurité de tous », « je n'ai jamais refusé de faire rentrer une personne alcoolisée la nuit, mais je la calme de façon sympa mais stricte, j'ai déjà eu peur mais c'est mon travail ... », « les gens qui rentrent tard sont agressifs. La plupart des hébergés qui boivent ne font pas de problèmes, par contre 2 ou 3 hébergés sont menaçants après avoir bu mais la menace d'appeler la police suffit souvent. J'ai été menacé, jamais d'agression physique, mais des menaces ».

→ ... dans l'orientation et l'accompagnement vers les soins

La difficulté pour permettre à la personne de **sortir la personne du déni** : « *Des fois les personnes disent oui mais n'entreprennent pas de démarches », « Certaines personnes ne sont pas dans le déni et souhaitent s'en sortir. D'autres trouvent beaucoup de satisfaction dans leurs consommations ».*

La difficulté à avoir une stratégie commune, partagée entre toute l'équipe sur cette question : « *Il n'y a pas forcément de coordination entre nous. Quand il y a un problème le soir, on voit ça dans le cahier de liaison le lendemain et on réagit », « Mais finalement on est beaucoup dans la réaction, on manque d'espaces de réflexion sur la personne ».*

La difficulté à **créer du lien avec le soin** : « *On ne sait pas vraiment vers qui orienter. C'est difficile de faire un travail de préparation à la cure et d'être en lien avec le soin », « on n'a pas plus de solution que ça pour accompagner ».*

La difficulté à trouver une place : « *A Cassini, quand on rappelle, il n'y a plus de place ».*

→ ... par l'ANPAA dans l'implication de l'équipe dans le projet

En effet, après 6 mois d'accompagnement de la structure les professionnels de l'ANPAA note que dans les temps de rencontres : réunions, formations... l'équipe se montre disponible et volontaire pour entamer la réflexion.

En revanche, le travail préparatoire nécessaire à ces rencontres avec l'équipe et/ou avec les résidents n'est pas toujours fait. Ainsi, il est fréquent que lorsque les animateurs de l'ANPAA appelle le centre pour vérifier que tout est prévu pour la réunion avec l'équipe ou pour les ateliers avec les résidents, ils se rendent compte qu'aucune communication n'a été faite sur leur venue ou que l'équipe va être « réquisitionnée » au dernier moment pour être disponible pour la réunion. Autrement dit, il y aurait le quotidien de la structure et les espaces proposés par l'ANPAA qui, aujourd'hui, ne s'intègre pas encore dans la vie de la structure.

Or, le projet d'ouverture d'un espace (quelles que sera sa forme) de consommation d'alcool à moindre risque dans le centre va impliquer l'ensemble de la structure et va entraîner des modifications dans son fonctionnement, dans les pratiques des professionnels et des résidents... il est donc essentiel que l'accompagnement que nous proposons soit envisagé par l'équipe comme s'incluant dans la vie quotidienne de la structure.

Enfin, le turn-over des professionnels de la structure est important depuis le début de l'intervention de l'ANPAA. A ce jour, c'est environ un tiers de l'équipe qui a été renouvelée. L'ANPAA doit donc intégrer cet

élément et veiller à ce que le reste de l'équipe puisse transmettre l'historique et l'esprit de ce projet aux nouveaux arrivés.

4. Les stratégies existantes et les pistes de réflexion à étudier

Certains professionnels ont mis en place des outils, ont développé des pratiques qui leurs permettent d'essayer de dépasser ces difficultés, notamment pour accompagner les personnes vers une démarche de Réduction des risques. Par exemple, « Avec certaines personnes, j'ai créé un livret pour les amener à réduire leurs consommations ».

Par ailleurs, les différentes rencontres, individuelles et collectives, ont montré que les professionnels ont envie de réfléchir à leurs pratiques, voire de les modifier.

Pour répondre aux difficultés identifiées, plusieurs perspectives, non-exhaustives ont été dégagées suite au diagnostic. (Ces différentes perspectives ont par la suite été étudiées pour certaines travaillées) :

De façon globale :

Nommer un interlocuteur dans le centre qui aura pour mission d'être l'intermédiaire entre l'ANPAA, le reste de l'équipe et les résidents et qui aura pour mission de préparer notre venue.

Travailler en profondeur avec l'équipe et les résidents sur **les pratiques de diminution des risques et de réduction des dommages**.

D'envisager, avec les professionnels et des résidents, dans quelles **conditions une adaptation du règlement intérieur** serait possible quant aux modalités de gestion de l'alcool dans la structure afin :

- **de diminuer l'angoisse** que les résidents ressentent en entrant dans la structure, ce qui peut les amener à consommer de grandes quantités d'alcool très rapidement avant de franchir les portes du centre,
- **de sécuriser l'équipe**.

Une fois le travail sur le règlement intérieur réalisé, **travailler sur les modalités permettant son appropriation, par l'équipe et les résidents** (par exemple, des résidents parrains des nouveaux pour leur expliquer le règlement...).

Pour répondre aux difficultés liées à l'accompagnement vers les soins :

Conduire une réflexion avec l'ensemble de l'équipe pour s'entendre sur **les modalités de prise en charge en interne et d'accompagnement à mettre en place**, pour amener la personne vers les soins.

Mettre en place des temps de **coordination en interne**, notamment sur les questions de santé, mais aussi **d'analyse de pratiques** pour évaluer collectivement ce que les accompagnements entrepris produisent.

Créer **des liens forts avec des structures de soins** : visiter le Csapa de l'ANPAA 75 de Cap 14, des centres de cure...

Pour répondre aux difficultés liées à la période nocturne :

Aménager une salle au rez-de-chaussée dans laquelle les résidents qui seraient trop alcoolisés pourraient se reposer avant de remonter d'eux-mêmes dans leurs chambres.

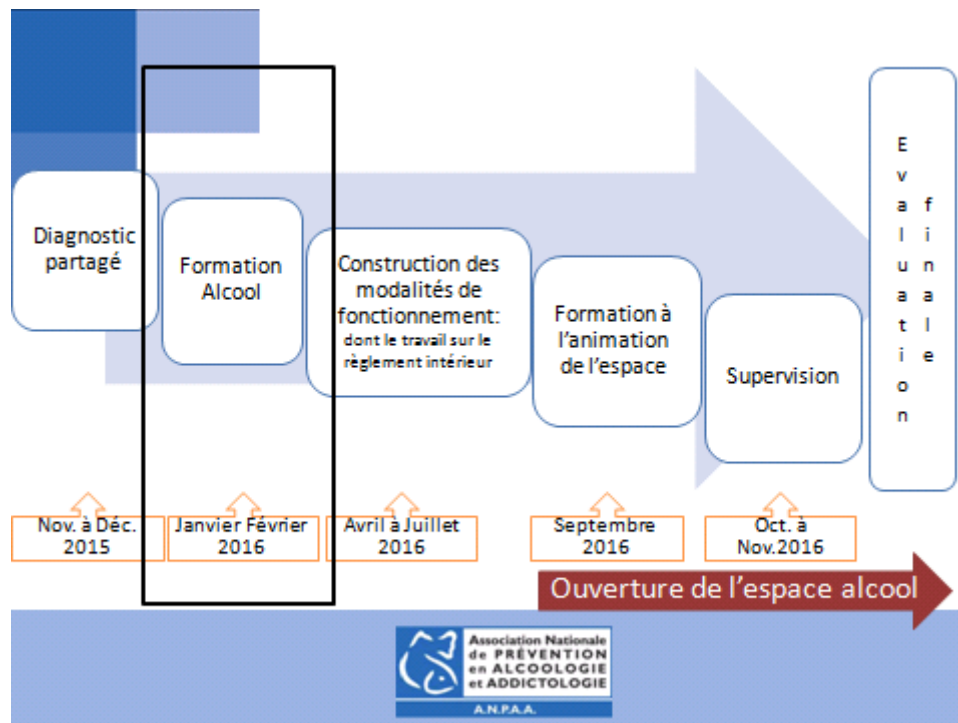
Pour répondre aux pratiques de consommations liées notamment à l'ennui des résidents et pour travailler à leur valorisation :

Mobiliser la Mission santé pour que des ateliers collectifs soient mis en place afin de mobiliser les personnes et leur permettre de tisser des liens.

Proposer aux personnes des ateliers collectifs qui permettent de valoriser la personne : tels que les ateliers d'écriture co-animés par l'ANPAA, les ateliers santé...

Améliorer le bâtiment et notamment les salles de vie collectives afin qu'une vraie dynamique soit possible avec les résidents.

⇒ LA FORMATION-ACTION



L'ensemble de l'équipe du CHRS de Georges Dunand a participé aux 4 journées de formation animées par l'ANPAA. Le référentiel suivant a été élaboré et suivi. (Référentiel à intégrer)

REFERENTIEL DE COMPETENCES

Fonction(s)

(Source : Référentiel de compétences en éducation pour la santé, Inpes, Mars 2013)

- Repérage et analyse des situations qui pourront donner lieu à une action éducative pour maintenir et préserver la santé
- Aide individualisée permettant une prise de conscience et un engagement éventuel dans une démarche d'éducation pour la santé adaptée à la situation
- Organisation et mise en œuvre d'actions collectives dans le cadre d'une démarche d'éducation pour la santé

REFERENTIEL DE FORMATION

Objectif général de la formation

Permettre aux professionnels de mieux prendre en compte les conduites à risques des personnes rencontrant des difficultés socio-économiques avec lesquelles ils travaillent afin de repérer les pratiques à risques, soutenir et orienter les personnes vers les soins

Capacités

(Source : Référentiel de compétences en éducation pour la santé, Inpes, Mars 2013)

Questionner son propre rapport à la santé et des représentations

Situer les enjeux de d'éducation pour la santé au regard de son terrain d'intervention professionnelle

Ajuster sa compréhension des problématiques des personnes ou des groupes en matière d'éducation pour la santé, en tenant compte de leurs situations concrètes d'existence et de leurs représentations

Amener les personnes, dans le cadre d'une relation individuelle, à identifier leurs représentations, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé

Inciter les personnes, éventuellement dans un cadre pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé, et accompagner leur démarche

Amener les personnes, dans un cadre collectif, à identifier leurs conceptions, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé

Objectifs pédagogiques

- Identifier les représentations des participants

- Apporter des connaissances sur les produits, leurs effets, les risques, les niveaux d'usages, modalités de prise en charge de l'alcool et plus largement des produits psychoactifs

- Apporter des repères qui permettront aux participants de mieux situer l'autre dans sa consommation et ses habitudes de consommation

- Mieux comprendre les principes pédagogiques et éducatifs utilisés dans la démarche de Réduction des Risques

- Identifier le rôle et la posture à adopter dans le cadre d'une démarche de Réduction des Risques

- Connaître le réseau et les modalités de prise en charge, pluridisciplinaire, en alcoologie afin de permettre une meilleure orientation des personnes en difficulté avec un produit

- Prendre connaissance et s'approprier le contenu des actions collectives proposées par l'ANPAA aux personnes en situation de précarité

La participation des professionnels aux 4 journées de formation a montré un engagement fort de la structure (mobilisation de toute l'équipe) mais aussi de chacun des participants dans les échanges et la réflexion.

Au fil de la formation, les formateurs ont pu observer une évolution des représentations des participants. Le travail à partir de l'abécédaire la première matinée a montré que les professionnels avaient des représentations très négatives de l'alcool :

Aspects positifs de l'alcool (7 occurrences)	Aspects négatifs de l'alcool (55 occurrences)	Aspects neutres de l'alcool (15 occurrences)
Amitié Equilibre Joie Liberté Solution Utilité Valeur	Agressivité Abus Beuverie Biture Se cacher Colère contre soi Cure Crise culpabilité Dépression Délire Danger Dispute Déprime Découragement Déni Enervement Fin Fatigue Folie Fragile Faiblesse Gêne Gravité Hôpital Hygiène Harcèlement Irresponsable Irrationnel Idées noires Isolé Irrespectueux Lenteur Masque Mémoire (trous) Nul Néant Nocif Obligation Obsession	Abstinence Boire Gare Gestion du budget Histoire de vie Journée Normal Organisation Produit Parler Parole Relations Regard Soins Verres

	Outrage Peur Pathologie Problème Perversité Paresse Provocation Solitude Saoul Suicide Toxique Tituber Traumatisme Urgence Violence	
--	---	--

Au cours de la formation, les professionnels ont évolué dans leurs visions, ont également beaucoup réfléchi à leurs pratiques et aux modalités d'intégration des apports de la formation dans le fonctionnement quotidien de la structure.

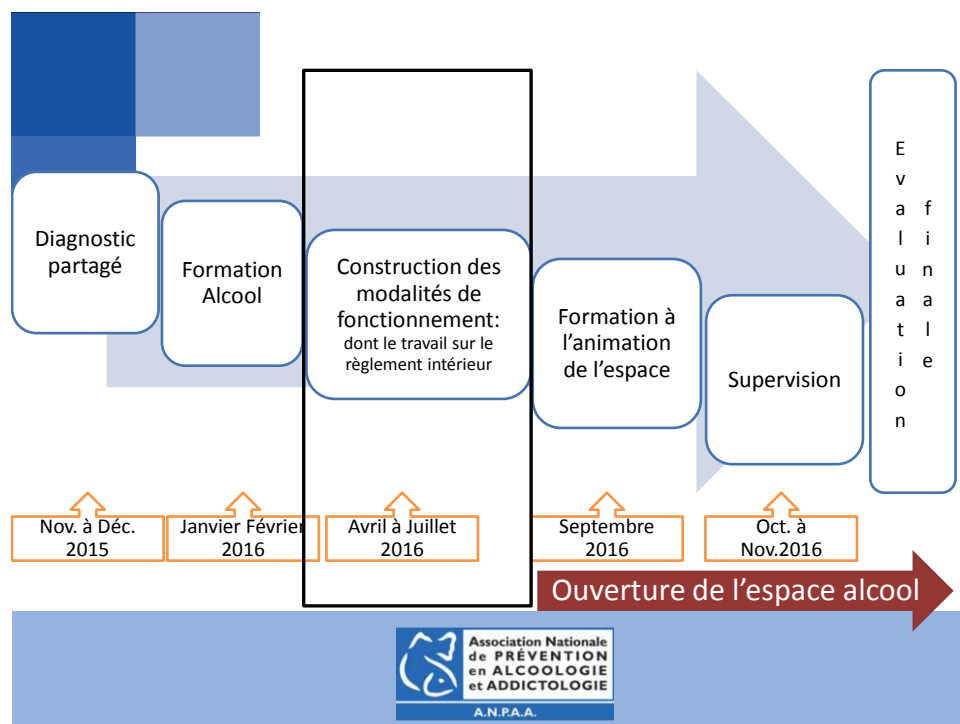
⇒ LA CO-CONSTRUCTION DES CHANGEMENTS

Pendant cette période, afin d'installer un climat de réduction du risque alcool et une adhésion au projet de l'ensemble de la structure, les animateurs de prévention ont animé 13 ateliers auprès des hébergés. Ces ateliers ont notamment permis :

- Aux professionnels de l'ANPAA75 de rencontrer une grande partie des résidents, d'être repérés comme des personnes ressources sur les questions d'addiction et de mettre en place une relation de confiance.
- De libérer la parole sur la question de l'alcool et des addictions de façon plus générale. Les ateliers ont favorisé des échanges nourris sur ces questions entre résidents en leur permettant de confronter leurs points de vue, de comprendre les difficultés des personnes dépendantes, de parler de leurs parcours, de modifier leurs représentations. Les ateliers ont aussi permis aux résidents de se remobiliser sur des questions de santé et de participer plus activement à la vie de la structure.
- De favoriser l'adhésion puis la participation des résidents à la construction du projet en leur permettant d'exprimer leurs craintes, doutes, remarques mais aussi en renforçant le lien de confiance avec les professionnels de l'ANPAA.

Cette modalité d'action n'était pas prévue au départ mais a permis d'accompagner le changement. En parallèle a été mis en place un travail de réflexion à partir du règlement de fonctionnement.

1. Evolution du règlement de fonctionnement



Depuis la fin de la formation-action, **4 réunions** ont permis d'accompagner la structure dans sa réflexion quant au **règlement de fonctionnement**. Ces réunions devaient réunir les professionnels du CHRS mais aussi des résidents. Or, à la première rencontre, aucun hébergé n'était présent. En effet, les professionnels ne les ont pas mobilisés car ils ne savent pas quelle forme concrète le projet va prendre et qu'ils craignaient de parler de leurs propres questionnements devant les hébergés. Autrement dit, les professionnels de la structure avaient encore besoin d'être rassurés et n'étaient pas prêts à travailler dans une démarche de co-construction avec les résidents

Dès lors, l'animatrice de prévention a profité de leur présence pour qu'ils puissent continuer à parler de leurs pratiques vis-à-vis de l'alcool dans la structure. Ainsi, les professionnels de la structure ont pu parler de leurs différences de traitement de la question de l'alcool, échanger des points de vue entre eux en toute sécurité...

L'animatrice est enfin revenue sur la limite du travail dans l'entre-soi et sur la nécessité, pour répondre aux besoins et aux attentes des résidents, de les associer pour la suite de la démarche. Il a également été décidé que l'ANPAA compile l'ensemble des documents liés au projet à rendre consultables par toute l'équipe dans un classeur disponible dans le bureau des travailleurs sociaux.

Avant les réunions suivantes, des modalités de mobilisation des résidents par les professionnels ont

également été mise en œuvre : affichages de supports présentant le projet aux résidents et du planning des rencontres, mobilisation individuelle à partir d'une lettre nominative que les professionnels devaient remettre en mains propres à chaque résident afin de leur expliquer le projet et de les inviter aux prochaines rencontres, nouvelle rencontre du CVS par un professionnel et un animateur de l'ANPAA...

Lors des 3 réunions suivantes, les professionnels et les hébergés ont pu travailler ensemble sur le règlement de fonctionnement. Ce travail a été favorisé par les discussions tenues lors des ateliers et les liens déjà établis entre les animateurs de l'ANPAA75 et les résidents.

Dans un premier temps, le travail a consisté à identifier les intérêts et les limites du règlement de fonctionnement tel qu'il est.

Intérêts	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Permet la sécurité et la tranquillité des résidents • Dissuade la consommation d'alcool • Evite les problèmes de voisinage (car les personnes consomment loin de la structure) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'alcool est caché • Les personnes peuvent être amenées à mentir sur leur rapport à l'alcool • Pas de construction sur la confiance • Risques de coma éthylique car les personnes consomment dans la rue en grande quantité avant de rentrer dans la structure

Puis, la réflexion s'est portée sur l'autorisation de la consommation d'alcool dans les chambres.

Pour certains, il s'agissait d'une disposition indispensable à mettre en place alors que pour d'autres, cela pouvait conduire les personnes à s'isoler. Ces dernières personnes étaient plutôt favorables à l'aménagement d'un espace collectif dédié.

En effet, le CHRS est en train d'aménager une de ses salles de vie en cafétéria. Cet espace doit permettre aux hébergés de se rencontrer mais aussi aux femmes, de fréquenter davantage les espaces collectifs. Toutefois, pour plusieurs résidentes, fréquenter les espaces de vie collective est risqué car elles ne se sentent pas en sécurité. Et elles sont parfois confrontés à des résidents qui sont plus agressifs envers elles parce qu'ils sont alcoolisés. Aussi, pour que les femmes puissent s'approprier la cafétéria, il a été décidé qu'il n'y aurait pas d'alcool dans cet espace.

Enfin, lors de leur dernière rencontre, résidents et professionnels ont travaillé ensemble en petits groupes afin d'envisager les évolutions à tester. Chaque participant a d'abord fixé des principes généraux essentiels à cette expérimentation :

- ✓ **Pouvoir consommer dans le centre, mais de façon encadrée**
- ✓ **Autoriser la consommation d'alcool dans les espaces privés uniquement**
- ✓ **Prévoir un accompagnement vers les soins des personnes en difficulté avec l'alcool**

2. Expérimentation des changements

Ainsi, il a été proposé **d'expérimenter l'autorisation de consommer dans les chambres pendant une période donnée et d'observer les changements.**

Pour le groupe, l'autorisation de consommer dans les chambres doit être accompagné de règles telles que :

- pas d'alcool fort
- ne pas gêner le voisinage
- pas de dégradation
- pas de rassemblement
- respect des agents d'entretien en ramenant canettes et bouteilles dans des containers appropriés

Le groupe a également travaillé sur les modalités de gestion des débordements causés par l'alcool. Les constats faits lors du diagnostic ont montré que l'éloignement de la structure ne permettait pas au résident de se remettre en question, ou alors de façon temporaire seulement. Il est également apparu que la réponse apportée par la structure à un résident ayant causé des débordements arrive souvent tardivement, ce qui contribue à donner l'impression que le règlement n'est pas respecté.

Aussi, il a été décidé que :

- de conduire une observation sans modifier le règlement de fonctionnement du 1^{er} au 31 octobre 2016. Cette observation sera réalisée par l'ensemble des professionnels de la structure et l'intervenant de l'ANPAA et portera sur les éléments suivants :
 - la sécurité, à travers :
 - les manifestations de violences physiques liées à l'alcool (intimidation, menace physique, se pousser, s'attraper...)
 - les manifestations de violences verbales liées à l'alcool (agressivité, manque de respect, insistance...)
 - Les nuisances sonores liées à l'alcool durant la nuit (cri dans les couloirs, claquements de portes, coup de pieds dans la porte du voisin...)
 - La propreté des parties communes :
 - Déchets de bouteilles ou canettes d'alcool visibles dans la structure ou aux environ
 - Canettes ou bouteilles d'alcools comptabilisés dans les poubelles de la structure

- Les incidents
 - Nombre de chutes dans ou devant la structure
 - Absence ou retard aux rendez-vous avec l'équipe
 - Sanctions prises liées à l'alcool
 - Participation à la vie collective
 - Présence aux différents ateliers proposés
 - Présence lors des repas
 - Dialogue sur l'alcool
 - Verbalisation de la problématique alcool entre hébergés
 - Verbalisation de la problématique alcool entre hébergés et professionnels
- puis, d'expérimenter l'autorisation de consommer de l'alcool dans les chambres du 1er au 30 novembre 2016 et d'observer les mêmes aspects que précédemment. Pendant cette période, l'animateur de prévention se rendra disponible une soirée par semaine pour rencontrer l'équipe et les hébergés pour faire le point sur le climat, sur les effets de cette évolution... et pour être ressources et conseil en cas de besoins.
- puis, de comparer les 2 observations afin de conclure sur la pertinence et les effets de cette évolution du règlement intérieur.

En termes de processus, la co-construction de la grille d'observation avec l'ensemble de l'équipe et quelques hébergés leur a permis d'aiguiser leur regard sur ces éléments.

Au terme de ces deux mois d'observation, l'expérimentation conduite a mis en évidence de nombreuses évolutions dans les pratiques des personnes hébergées et de l'équipe :

- **Un sentiment de sécurité accru** : « *il y a moins d'agressivité des personnes qui s'alcoolisent* ».
- **Une diminution des nuisances sonores liées à l'alcool durant la nuit** : « *il n'y a pas eu de bordel, pas de mecs bourrés. Même les mecs qui buvaient avant se tiennent plus tranquilles* » *les gars se tiennent bien, j'ai trouvé l'expérience positive. Il y a moins de personnes bourrées, c'est plus calme* », « *le centre est plus calme, il n'y a pas les cris et les colères d'avant* ».
- **L'amélioration de la propreté des parties communes** : « *je constate une augmentation des cannettes et bouteilles dans les poubelles des chambres et des parties communes en novembre* », « *il me semble que le nombre de bouteilles et de cannettes dans les poubelles a fortement augmenté. Comme c'est autorisé, j'ai repéré des personnes, avant je pensais qu'elles ne consommaient pas ou très peu* ».
- **La diminution des incidents** : « *L'alcool reste présent, avec moins de dégâts* », « *pas de*

problème particulier, ça se comporte bien », « Après, il y a 2 personnes qui rentrent tout le temps bourrées. C'est toujours les mêmes têtes. Pour elles, il n'y a pas eu vraiment de changement. Quoi que, avant quand il rentrait, il ne pouvait même pas parler. Maintenant, quand il rentre bourré, il me demande à manger par exemple... ».

- **Un apaisement du climat collectif :** *« C'est plus calme, un calme qui fait du bien. On a plus de temps pour développer des activités et également plus d'énergie à consacrer aux activités », « il y a moins de conflits pendant les activités. On fait plus d'activités, on est plus posé, on a plus de temps car il y a moins d'incidents liés à l'alcool ».*
- **Une plus grande facilité à parler d'alcool :** *« Je trouve que cette action a eu un peu d'effets car j'ai eu quelques personnes qui m'ont dit qu'elles voulaient vraiment se faire soigner », « Hamdou rappel qu'il y a eu 2 orientations sur du soin en alcoologie ces derniers mois », « on peut plus en parler parce qu'ils n'ont plus à ce cacher. Je suis tout à fait favorable à l'autorisation car ça permet de les protéger, ils peuvent boire tranquillement donc il y a moins d'alcoolisations importantes », « Mais quand même, depuis an, on parle plus facilement de l'alcool. Aujourd'hui, je suis plus à l'aise pour en parler avec les personnes ».*
- **Des pratiques de consommation qui tendent vers la réduction des risques :** *« les hébergés arrivent moins alcoolisés en soirée, car l'alcool peut être consommé ici », « ils peuvent boire tranquillement, donc il y a moins d'alcoolisations importantes ».*
- **Une amélioration de l'accès aux soins :** *« il y a eu 2 orientations sur du soin en alcoologie ces derniers mois ».*

Au-delà de ces éléments observés, l'équipe qui s'est plus mobilisée sur l'orientation de personnes vers une prise en charge en alcoologie, s'est trouvée confrontée à la question du **retour dans la structure, et/ou le quartier, après les soins** : *« Je pense que c'est une erreur qu'il soit revenu ici après sa cure. A son retour, un groupe de squatters est allé à sa rencontre et lui a proposé des bières. Maintenant il boit avec eux », « Je pense que c'est une erreur qu'il soit revenu ici après sa cure. A son retour, un groupe de squatters est allé à sa rencontre et lui a proposé des bières. Maintenant il boit avec eux », « le retour de la post-cure est un gros travail que l'on doit faire. On a essayé mais les autres structures ne veulent pas accueillir ces hébergés à leurs retours ».*

3. Inscription des changements dans le temps

Suite à cette expérimentation, le CHRS a décidé en Décembre de modifier son règlement de fonctionnement pour maintenir l'autorisation de consommation dans les chambres. Tous les professionnels se sont positionnés en faveur de cette modification. Pour cela, le chef de service a rédigé un avenant au règlement de fonctionnement qui a été transmis au Conseil d'Administration d'Emmaüs fin avril. Un point sur le projet et sur les changements est prévu lors du prochain Conseil de vie social.

4. Les questions restantes

L'expérimentation a soulevé plusieurs questions notamment en termes d'accès aux soins et de parcours de soins. Les professionnels ont notamment mis en avant les freins à l'accès aux soins en milieu hospitalier notamment pour des sevrages : « *les hôpitaux ne prennent plus de personnes précaires en sevrage* ». Concernant le parcours de soin, la pertinence du retour dans la même structure après une période de sevrage a été questionnée notamment lorsque le contexte social ou environnemental n'est pas favorable à la personne.

Enfin, il reste maintenant à élaborer les modalités d'accompagnement à l'autonomie du CHRS en proposant à l'équipe et éventuellement aux résidents des temps d'échanges sur les questionnements qui pourraient subsister ou survenir.

⇒ PERSPECTIVES

Suite à cette expérimentation, l'ANPAA75, en accord avec la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques, souhaite s'appuyer sur l'expérimentation conduite au CHRS Georges Dunand, pour accompagner collectivement 4 autres structures à l'élaboration et la mise en place d'une démarche de Réduction des Risques alcool dans leurs établissements.

L'objectif est de pouvoir :

- accompagner plus de structures en nous appuyant sur le processus conduit au CHRS Georges Dunand,
- accroître les effets de cet accompagnement en permettant à des structures différentes d'échanger sur leurs expériences, leurs réalités, leurs difficultés, leurs leviers d'actions afin de bénéficier des apports des autres.