



# HEBERGEMENT SOCIAL ET ADDICTIONS

**Pourquoi et comment une  
porte d'entrée par la précarité  
dans une association qui a  
centré ses activités sur  
l'addictologie ?**

**C PEQUART**

**F MOISAN**

**Association CHARONNE**

# logique du projet associatif de Charonne

- Dès sa création en 1972, positionnement de l'Association Charonne
  - sur la prise en charge des « **addictions précarisantes** »
  - Et sur l'analyse et l'adaptation aux réalités des phénomènes liés aux drogues et à leurs évolutions.
- Développement de dispositifs multiples :
  - Accueil de nuit – foyer de transition (jusqu'en 2000)
  - Centre de soins (CSST puis CSAPA Charonne),
  - Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUDs : Boutique 18 et Centre Beaurepaire),
  - Appartements de coordination thérapeutique (ACT Charonne)
  - Hébergements de stabilisation (Urgence Sociale Charonne)
  - Équipe psycho-sociale Bociek, projet Beaullywood ...

## **Caractéristiques de santé des publics précaires**

- **Rapport sur la santé mentale des SDF à Paris (1997)**
- **Données OFDT « Précarité et addictions » (2005)**
- **rapport sur "la santé des personnes sans chez soi » (Vincent Girard et col – 2010)**
- **SAMENTA : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnels en IDF (étude menée par l'Observatoire du Samu Social de Paris et l'INSERM - 2010)**

# Précarité et Addictions (OFDT – 2005)

- Problèmes de santé, mentale et physique des personnes à la rue :

Les principales pathologies déclarées par les personnes ayant séjourné dans la rue plus d'un an sont :

- les états dépressifs fréquents : 31%
- les maladies respiratoires : 24% dont réapparition de la tuberculose
- les séquelles d'accident ou de maladie grave : 20%
- les maladies du système digestif : 14%
- les désordres alimentaires importants : 13%
- les maladies du foie : 12%
- les maladies de peau : 11%

Près d'1/3 de la population étudiée a effectué un séjour à l'hôpital au moins une fois dans l'année.

- Consommation d'alcool : consommation de tabac et consommation excessive d'alcool plus fréquente chez la population SDF. L'alcoolisation serait plus précoce que pour la population alcoolique générale, plus souvent pratiquée au quotidien, avec une préférence pour des alcools multiples. La quantité moyenne est de 12 verres d'alcool contre 9 chez les autres alcooliques non SDF.
- Consommations de substances illicites par la population SDF : les plus consommées seraient la cocaïne (33%) et le cannabis (28%). En particulier chez les 30-39 ans qui consomment le plus de drogues et de médicaments avec 46% des consommateurs.

# rapport sur "la santé des personnes sans chez soi" *phénomène du « sans-abrisme » et santé*

- prévalences de schizophrénie et de psychose à des taux 5 à 30 fois supérieurs à ceux de population générale. Fréquence des co-occurrences addictives
- morbidité somatique :
  - peu d'enquêtes épidémiologiques françaises
  - impact sur la santé de différentes formes de violence subies psychosociales, physiques, sexuelles
- multiples barrières à l'utilisation des services de soins (discriminations, voire refus de soins / apparence ou comportements, absence de couverture sociale...) contact essentiellement via le service des urgences lors d'épisodes aigus sur la voie publique, accidents, crises
- espérance de vie estimée de 30 à 35 ans inférieure à la population générale,

# SAMENTA : estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en IDF

- Un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères : troubles psychotiques (facteur 10 / population générale), troubles de l'humeur (dépressifs sévères) et troubles anxieux. Ces prévalences reflètent le risque élevé de rupture sociale présenté par les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles sévères de l'humeur.
- 3 personnes / 10 : dépendance ou consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage)
- en particulier dans des dispositifs à bas seuil, structures d'urgence et les hôtels sociaux
- Co-morbidité entre troubles psychiatriques et addictions plus importante parmi les personnes sans logement personnel / population générale.
- 2/3 personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu un recours aux soins psychiatriques au cours de la vie, mais la majorité n'est plus suivie
  - maintien dans le soin problématique
  - mais observance du traitement équivalente à celle des personnes atteintes de troubles psychiatriques en population générale..
- **Mais la maladie mentale et addictions n'affectent pas toute la population sans logement personnel (figure du « malade mental » ou de « l'alcoolique »).**

# Projet du CHS Charonne

**1997 : Convention Pauvreté Précarité Hébergement avec la DASS de Paris (Service « Urgence sociale et Intégration ») :**

- **Création d'une unité d'hébergement en hôtel (CHU éclaté),**
- **à destination de personnes en grande précarité et présentant un problème addictif,**
- **sur adresse directe du SAMU Social de Paris (115)**

**2007 : service autorisé comme Centre d'Hébergement de Stabilisation éclaté (établissement social – cadre CHRS).**

← modifications des pratiques d'hébergement tels que mis à jour suite dans la conférence de consensus sur les personnes sans abri « **Sortir de la rue** » (2007)

← Modernisation de la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abris ou mal logées = **chantier de la refondation** pour une nouvelle politique publique du logement des personnes sans abri ou mal logées (2010)

= **dispositifs « urgence » analysés comme porte tournante de la rue à la rue**

## objectifs du CHS

- prendre acte des besoins spécifiques de publics en très grande difficulté sociale, chroniquement accueillis en urgence
- **Offrir à des personnes sans abri et présentant des problèmes de consommations de substances psycho-actives une offre d'hébergement de durée « moyen séjour », à haut seuil de tolérance, conçue autour d'un séjour souple et individualisé.**
- **Proposer dans ce cadre un accompagnement socio-éducatif continu permettant de se poser, se ressourcer et de reconstruire un projet de soins et d'insertion en direction des dispositifs de droit commun.**
- Proposer dans ce cadre un accompagnement socio-éducatif continu permettant aux résidents de se poser, se ressourcer et de reconstruire un projet de soins et d'insertion.

# En pratique

- **Accueil sur orientation du SAMU Social de Paris (115) (20 places) ou des partenaires (5 places)**
- **Accueil le jour même sur le site du Centre de soins en addictologie de l'Association Charonne (CSAPA Charonne)**
- **accueil inconditionnel avec une durée de séjour souple et individualisée, selon les objectifs de chacun**
- **Seuil adapté d'exigence quant aux critères d'admission : une mise à l'abri immédiate**
- **Hébergement individuel en chambre d'hôtel Hébergement sur des hôtels parisiens ou proche banlieue - respect de la *chartre minimale relative à la qualité des prestations hôtelières* - travail de lien avec les gérants des hôtels**
- **Contrat de séjour (loi 2002 – 2) et participation financière (indemnité d'occupation**
- **Accompagnement socio –éducatif**
- **Soutien à la vie quotidienne**
- **Aide à la recherche de logement ou d'hébergement durable**
- **Aide à la promotion de la santé, et à l'accès aux soins**

| <b>ACTIVITE 2009 – CHS CHARONNE</b>           |                  |
|---|------------------|
|   |                  |
| <b>Capacité d'accueil</b>                     | <b>25</b>        |
| <b>Taux d'occupation</b>                      | <b>104 %</b>     |
| <b>Personnes accueillies</b>                  | <b>85</b>        |
| <b>Nombre de séjours</b>                      | <b>93</b>        |
| <b>Durée moyenne des séjours des sortants</b> | <b>120 jours</b> |

**Des orientations d'amont témoignant des besoins en hébergement social des personnes en situation d'addiction et des partenariats avec le secteur medico-social et sanitaire en addictologie**

|  |  |
|--|--|
| <b>115</b>   | <b>50%</b>                                   |
| <b>Établissements médico-sociaux (addictologie)*</b> | <b>31%</b><br><b>dont 13% CSAPA Charonne</b> |
| <b>Services de proximité (dont RDR)*</b>             | <b>10%</b>                                   |
| <b>Établissements de santé</b>                       | <b>3%</b>                                    |
| <b>Services sociaux généralistes</b>                 | <b>4%</b>                                    |

## Orientations d'aval (modalités de sortie)

|   |            |
|---|------------|
| Service d'hébergement non spécialisés * | <b>24%</b> |
| Soins résidentiel addictologie *        | <b>27%</b> |
| Structure sanitaire                     | <b>13%</b> |
| Famille - entourage                     | 9%         |
| Incarcération                           | 3%         |
| PDV – sans solution*                    | <b>24%</b> |

## **En Conclusion**

**L'hébergement sur le CHS de Charonne peut donc être reconnu comme « à seuil adapté » d'exigence pour des publics addicts en graves difficultés sociales et de santé, permettant un accès aux droits, aux soins et aux mesures de RDR.**

**Comme d'autres projets innovants de l'association, et à la manière des CHRS Alcool, le CHS participe à l'adaptation des dispositifs sociaux « de droit commun » aux publics concernés par les problèmes d'addictions et favorise l'accès des usagers de drogues et d'alcool marginalisés à un dispositif adapté à leurs besoins et à leur demande**

**l'accès aux droits et aux soins est inscrit dans les contrats de séjour, mais le CHS répond d'abord aux besoins sociaux des personnes fussent-elles addicts sans que cette réponse ne soit conditionnée par une demande de soins / consommations ...**