

Résultats du diagnostic Grand Est



Ce document a été rédigé par :

Julien Aimé, chargé d'ingénierie et de projets en promotion de la santé à Promotion Santé Grand Est. Docteur en sociologie.

Relu par : Alissia Gouju, Référente de l'Axe Action et Coordination, Promotion Santé Grand Est. Docteure en sociologie.

Promotion Santé Grand Est remercie Bastien Leget, Directeur du CDPA de Moselle, Nour Honein, Chargée de mission à la Fédération des Acteurs de la Solidarité, Laurine Jacobé, Responsable Prévention-Formation à Addictions France et l'Agence Régionale de Santé Grand Est pour leur soutien lors de la réalisation de ce projet

Promotion Santé Grand Est remercie toutes les personnes qui ont accepté de faire porter leur parole en participant aux entretiens. Ce sont les récits de leurs expériences qui ont permis de construire ce diagnostic.

Promotion Santé Grand Est remercie les structures qui ont aidé à la réalisation des entretiens dans leurs locaux.

Illustrations : Image générée par Microsoft Copilot, un outil d'intelligence artificielle de Microsoft, le 30 mai 2024 (<https://www.microsoft.com/copilot>) ; page de garde conçue avec Canva (<https://www.canva.com>).

Citation proposée

Aimé J. Litter'agir sur les addictions : Résultats du diagnostic Grand Est. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2024. 77 p.

Diagnostic financé par l'Agence Régionale de Santé Grand-Est dans le cadre du Fonds de Lutte Contre les Addictions.

Juin 2024

Littér'agir sur les addictions : Résultats du diagnostic Grand Est

La consommation de substances psychoactives est fortement liée à la précarité et particulièrement aux niveaux d'études et de revenus. Ainsi, la part des consommateurs de tabac est plus importante pour les personnes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat et pour les faibles niveaux de revenus. A l'inverse, la proportion d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé augmente progressivement avec les revenus et le niveau d'études.

Les personnes en situation de précarité présentent également des consommations tabagiques et des niveaux de dépendances plus élevés que la population générale. De même, la consommation quotidienne d'alcool est plus élevée chez les personnes n'ayant aucun diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.

Ces disparités observées selon le niveau socio-économique des individus reflètent les inégalités sociales de santé. Aussi, les déterminants sociaux jouent un rôle central dans le domaine des addictions et l'ensemble des données disponibles rappelle la nécessité d'accorder une attention particulière aux groupes sociaux les plus fragiles qui sont le plus souvent les plus exposés aux conséquences sanitaires des addictions et les plus vulnérables face aux politiques publiques répressives.

Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent s'appuyer sur les stratégies fondamentales de la promotion de la santé en utilisant ses différents leviers d'actions et intégrer, dans sa démarche, la question de la littératie en santé, du pouvoir d'agir des populations et par conséquent de leur participation. En effet, au même titre que d'autres déterminants majeurs de la santé, la littératie en santé est aujourd'hui reconnue comme un levier pour l'action et une opportunité pour aborder la question des inégalités sociales de santé.

Aujourd'hui, des initiatives, en matière de prévention des addictions, sont déployées pour agir auprès et avec les publics en situation de précarité mais peu d'actions prennent en compte explicitement le concept de littératie en santé pourtant essentiel au développement du pouvoir d'agir et à l'amélioration de la qualité de vie des populations.

L'objectif de ce diagnostic Grand Est est de comprendre la façon dont les professionnels, qu'ils viennent du champ de l'addiction ou de la solidarité, interviennent auprès des personnes en situation de précarité et en particulier comment s'organise cette intervention en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.), qui sont des lieux où sont accueillies des personnes en situation de grande précarité, pour la plupart « sans domicile fixe ». Par ailleurs, il s'agit de saisir comment tout ce qui est déjà mis en place dans les C.H.R.S. contribue à l'augmentation ou à la diminution du niveau de littératie en santé des personnes accueillies. Enfin, le diagnostic a pour objectif de donner la parole aux personnes concernées, qu'elles soient professionnelles ou bien accueillies en structure de type C.H.R.S., afin de comprendre le plus finement possible le quotidien, des personnes addictes. Cette connaissance, tirée du récit de ceux qui vivent et expérimentent les C.H.R.S. et l'accompagnement en structure de la solidarité, permettra de dégager des pistes d'intervention relatives à la littératie en santé en matière d'addiction.

Ce diagnostic est composé de quatre parties.

La première partie s'attache à définir la littératie en santé en s'appuyant sur des données récentes issues de la littérature scientifique. Ensuite, elle s'appuie sur des travaux en sciences humaines et sociales, lesquels s'intéressent à la grande précarité, aux pratiques addictives et au rapport à la santé des personnes accompagnées par le champ de la solidarité. Enfin cette première partie reprend à son compte les recommandations fournies par des travaux de recherche et par les institutions de santé publique en vue de l'amélioration du niveau de littératie en santé des personnes en situation de précarité.

Les parties deux, trois et quatre sont consacrées aux résultats de l'enquête réalisée pour le diagnostic. Elles s'appuient donc sur l'analyse des entretiens collectifs organisés sur le territoire du Grand Est auprès des professionnels de l'addiction, des travailleurs sociaux, des professionnels et des directions des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mais aussi auprès des personnes qui y sont accueillies. Ces différentes parties permettent de lier la réalité du terrain avec la théorie issue de la première partie du diagnostic.

La deuxième partie porte, plus spécifiquement, sur la relation des personnes en situation de grande précarité accueillies en C.H.R.S avec le monde de la santé. Il s'agit surtout de s'intéresser à l'accès et à la compréhension de l'information en santé de ces personnes.

La troisième partie traite de la capacité à prendre et à appliquer une décision favorable à la santé, en matière d'addiction, des personnes accueillies en C.H.R.S. Cette partie s'intéresse ainsi au rapport à l'espace et au temps des personnes souffrant d'addiction, et au rôle de ces rapports dans la réduction des risques ou dans la déconsommation.

La quatrième partie, enfin, traite de la littératie organisationnelle, c'est-à-dire des leviers et ressources existantes dans l'environnement afin d'augmenter le niveau de littératie des personnes dans les structures. Cette partie s'intéresse par exemple aux politiques des établissements, aux techniques mises en œuvre dans certains d'entre-eux ainsi qu'aux interrogations existantes au sujet de l'autorisation ou de l'interdiction de consommer dans les structures.

L'objectif de ce travail n'est pas de mesurer la littératie en santé des personnes en situation de grande précarité. En revanche, ce travail peut permettre d'identifier les mécanismes et les logiques qui participent au niveau de littératie en santé des personnes en grande précarité, et en particulier d'étudier le lien entre institutions de la solidarité, structures médico-sociales, littératie en santé et addictions. **Un guide synthétisant les principaux constats de ce diagnostic et proposant des recommandations pour agir sur la littératie en santé des personnes en situation de précarité et d'addiction accueillies en CHRS a été constitué en sus de ce présent rapport.**

Table des matières

Table des matières	6
Méthodologie.....	7
Cadrage théorique	10
De la littératie à la littératie en santé.....	10
Littératie en santé et inégalités sociales de santé.....	13
Littératie et promotion de la santé.....	15
Les déterminants de la littératie en santé.....	18
La classification de la littératie en santé :	19
Qui sont les personnes accueillies en C.H.R.S. ?	20
Relation des personnes accueillies en C.H.R.S. avec le monde de la santé	25
Accéder à des professionnels de santé	25
Quel rapport au monde médical ?	27
Faire le lien entre consommation et psychiatrie.....	32
Le « hors-les-murs » comme levier et comme frein.....	33
La nécessaire amélioration des compétences des professionnels.....	34
L'importance du réseau de partenaires autour de C.H.R.S. pour favoriser la littératie en santé.....	37
Prendre et appliquer une décision vis-à-vis de sa santé	40
Se repositionner comme acteur et sujet.....	40
Ce que signifie « appliquer une décision concernant sa santé ».....	42
Penser le rapport au temps dans la réduction de la consommation.....	44
L'importance du lieu d'accueil pour renforcer l'application des décisions favorables à la santé.....	46
Le rôle paradoxal de l'incarcération dans la réduction ou l'augmentation de la consommation.....	49
Littératie organisationnelle des C.H.R.S.	52
Des approches différentes selon les dispositifs.....	53
Interdire ou autoriser la consommation : un débat nécessaire en structure.....	54
La réprobation sociale des consommateurs en établissement	59
La place singulière de l'alcool.....	60
Quelles actions mises en œuvre dans les C.H.R.S. pour agir sur la consommation ?	62
Avantages et inconvénients des activités occupationnelles face aux addictions	67
La confiance comme valeur cardinale en C.H.R.S.....	69
Epidémie de Covid-19 et littératie en santé en C.H.R.S.....	70
Conclusion.....	74
Bibliographie	77

Méthodologie

Ce travail de diagnostic repose sur une méthodologie d'enquête qualitative appuyée sur la réalisation d'entretiens collectifs auprès des professionnels des structures d'addictologie, des professionnels des structures accueillant des personnes en situation de grande précarité et des personnes accueillies en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Les entretiens collectifs sont très utilisés par les sciences humaines et la santé publique. Ils consistent à regrouper plusieurs participants concernés par un sujet. Dans l'idéal ces *focus group* sont composés d'entre 4 et 12 personnes maximum afin de permettre la circulation de la parole et d'offrir un temps de prise de parole suffisant par personne. La méthode de l'entretien collectif possède des avantages et des inconvénients, certains étant tranchés par la recherche scientifique, quand d'autres vont dépendre de l'objectif derrière le recours à cette méthode. Cela étant, « l'entretien collectif permet d'accéder au sens commun, aux modèles culturels et aux normes. Les rares travaux permettant de comparer systématiquement les résultats obtenus par la méthode d'entretiens individuels et par celle des entretiens collectifs confirment d'ailleurs que ces derniers, par une sorte d'effet mécanique, tendent à renforcer les éléments communs au groupe. Mais d'autres utilisateurs de cette méthode considèrent que puisqu'elle permet de recueillir des positions plus tranchées que dans un entretien individuel, c'est un bon moyen de créer de la polarisation et donc d'observer ce que les normes sociales rendent parfois difficilement accessible, à savoir l'expression du désaccord » (Duchesne et Haegel, 2014, p. 38).

Dans le cas de ce diagnostic, les entretiens ont permis à la fois de voir apparaître des tendances partagées et de saisir des points de tension autour des sujets liés à la santé et à l'usage de drogues.

La méthode des entretiens collectifs a permis d'interroger un nombre important de personnes en comparaison à ce qu'il aurait été possible par entretiens individuels. Par ailleurs cela a favorisé les débats et les interactions entre les participants, y compris et surtout, lorsque ces derniers n'avaient pas les mêmes profils. Cela a pu être le cas de débats entre travailleurs sociaux et personnes accueillies en C.H.R.S., entre psychologues et travailleurs sociaux, entre professionnels de l'addiction et professionnels de la solidarité.

Pendant toute la durée du projet, ce sont 14 entretiens collectifs qui ont été réalisés. Parmi lesquels :

- 2 entretiens collectifs avec des professionnels des structures d'addictologies, comprenant des membres de la direction, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des chargés de prévention. Ces participants intervenaient dans les antérégions Champagne Ardennes et Lorraine. Ces entretiens ont permis d'interroger 10 professionnels des structures d'addictologie.
- 6 entretiens collectifs avec des professionnels de C.H.R.S., soit 25 personnes parmi lesquelles des chefs de service, travailleurs sociaux, psychologues et stagiaires, intervenant sur les antérégions Alsace et Lorraine.
- 6 entretiens collectifs ont été réalisés auprès de personnes accueillies en C.H.R.S., ce qui a représenté environ 35 personnes et dont la représentativité territoriale est la même que pour les professionnels des C.H.R.S.

Lors des entretiens avec les personnes accueillies en C.H.R.S., le choix a été fait de construire un fil conducteur à partir des domaines de la littératie en santé tels qu'ils sont définis dans le questionnaire HLQ-EU-44 qui est une référence en la matière. Le questionnaire HLQ-EU-44, pour *Health Literacy Questionnaire*, est un outil de mesure de la littératie en santé qui comprend 44 items répartis en 9 dimensions :

- Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé
- Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé
- Gestion active de la santé
- Soutien social pour la santé
- Évaluation de l'information sanitaire
- Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé
- Navigation dans le système de santé
- Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité
- Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire.

Cet outil est destiné à étudier les niveaux de littératie pour la population générale adulte¹. La validité de la version française a été étudiée et est référencée dans un article accessible en ligne (Debussche et al., 2018). Les 9 catégories et les éléments qui caractérisent un faible ou un bon niveau de littératie pour chaque niveau ont permis de construire une trame d'entretiens collectifs.

¹ Source : <https://reflis.fr/questionnaires/>
Litter'agir sur les addictions - 2024

Ces éléments ont été discutés ensuite avec les professionnels des C.H.R.S. afin de les adapter à la réalité de l'expérience sociale des personnes qui y sont accueillies et qui été invités à répondre à ces entretiens.

Afin de faciliter les échanges, après avoir présenté les grandes lignes du projet et réalisé un tour de table, les personnes présentes étaient invitées à exprimer ce que signifiait pour eux « la santé ». Cette question générale permettait d'ouvrir la discussion et d'accéder à une partie des représentations de la santé puis des professionnels de santé. Ils étaient ensuite invités à exprimer leur rapport avec les professionnels de santé, mais aussi avec les professionnels du médico-social. Les relances renvoyaient au sentiment de soutien et d'être compris par les professionnels de santé et sur les éléments participant à ce sentiment de soutien. Cette question était aussi l'occasion de s'intéresser au soutien social pour la santé des personnes.

La question suivante portait sur les informations et les connaissances en santé, sur les critères qui permettait de juger de la qualité d'une information de santé. Cette question était l'occasion de commencer à traiter des addictions, des produits et des connaissances qui y étaient associées. Par ailleurs, les relances renvoyaient vers l'expérience de la pandémie de Covid-19 et de la vaccination, sujet de débat qui interroge la littératie en santé (Brunois, Decuman et Perl, 2021). D'autres questions permettaient d'interroger l'évaluation de l'information sanitaire.

La question suivante s'intéressait à la gestion de la santé et à la façon dont cette question était traitée en C.H.R.S. Elle était l'occasion de s'intéresser aux normes en vigueur dans les établissements et à leurs avis au sujet de ces normes.

La suite de l'entretien portait surtout sur la capacité à prendre des décisions et à les appliquer. Si l'addiction était abordée plus tôt, à demi-mot, lors des entretiens, ces dernières questions étaient l'occasion de poser directement et clairement le sujet sans risquer de braquer les personnes présentes.

Cadrage théorique

De la littératie à la littératie en santé

Le concept de littératie trouve son origine dans les sciences de l'éducation, de la pédagogie et de la didactique et désigne « la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure » (Rootman et Gordon El Eihbety, 2008). Cette capacité revêt ainsi un enjeu d'intégration des personnes dans le corps social. La littératie, dans cette dimension, est sœur de l'alphabétisation et de l'illettrisme.

Seulement, la littératie décrit la capacité fonctionnelle des individus à mobiliser leur savoir et leur capacité de littératie. Les deux notions se rejoignent souvent dans la mesure où le terme de « *functional literacy* » se voit régulièrement traduit en français par « alphabétisation fonctionnelle » pour désigner la prise « en compte (des) pratiques d'écriture et de lecture mises en œuvre par les adultes dans la vie sociale – démarches administratives, montage de projet, tenue d'un livre de compte par exemple » (Fraenkel, 2021). Si la confusion règne, pour reprendre les mots de la psychologue Régine Pierre (2003), précisons d'emblée que la différence entre les deux concepts se loge, pour la littératie, dans la diversité des « moyens de communication » et dans l'intérêt pour la parole, tandis que l'alphabétisation s'attarde essentiellement sur « l'écrit ». Toujours selon Régine Pierre, parler de littératie est une façon de repenser l'alphabétisation en tenant compte du contexte social, politique, linguistique, idéologique, psychologique ou encore historique, ce contexte jouant un rôle dans « l'appropriation de l'écrit par les individus et les sociétés » (Pierre, 2003, p. 125).

Résumons en reprenant à notre compte la définition proposée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour qui la littératie est « **l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses compétences et capacités** » (Dubé et Ouellet, 2016). Parler de littératie, c'est donc parler de compétences qui sont utiles *in concreto*, dans le quotidien des personnes et qui leur permettent de s'orienter dans le monde.

La littératie en santé découle de la littératie avec laquelle elle partage l'essentiel de sa définition. **La différence se loge à la fois dans l'objet/sujet de l'information, à savoir**

l'information relative à la santé, et dans sa finalité, à savoir l'amélioration ou le maintien de la santé. Pour le dire autrement il s'agit de la « capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations nécessaires à la prise de décisions pertinentes pour le maintien en bonne santé (Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 146). Le terme d'informations relatives à la santé, ou informations pour la santé, renvoie à une réalité très vaste dans la mesure où cela comprend tant les notices de médicaments que le discours d'un médecin, d'un assistant de service social ou de l'entourage, tant le nutriscore présent sur un emballage alimentaire que la carte représentant les voies cyclables de son agglomération.

Accéder désigne, entre autres, la capacité à chercher et à obtenir une information pour la santé. La notion d'accès recouvre de multiples réalités dans la mesure où cela peut concerner l'accès à l'information venant du discours d'un professionnel de santé, l'accès aux informations de santé publique, lesquelles sont délivrées par de multiples institutions et/ou acteurs de la santé, ainsi que les informations disponibles en ligne, sur divers sites internet. Parler d'accessibilité, c'est également évoquer les « coûts d'accès » des différentes offres, leur disponibilité et leur qualité, ce sur quoi ce document reviendra.

Une fois l'information obtenue, il est nécessaire qu'elle soit comprise par la personne à qui le message est destiné. Ce travail de compréhension engage évidemment les compétences et connaissances de la personne qui a obtenu l'information, mais aussi celles de ceux qui délivrent l'information. Autrement dit, il faut que l'information soit compréhensible pour être comprise.

Ces deux premiers éléments, tirés de la définition usuelle de la littératie en santé, encouragent à tenir compte des interactions entre les personnes et les professionnels de santé, mais aussi aux interactions entre les personnes et les objets produits par les professionnels de santé (les plaquettes d'information, site internet, notice d'utilisation, ordonnance, etc.) et qui jouent un rôle important dans la relation médicale. Plus encore, l'accès et la compréhension interroge l'offre de santé sur un territoire, sa disponibilité, son accessibilité physique, sociale, ainsi que l'organisation du système de santé.

Une fois l'information relative à la santé obtenue et comprise, **elle doit être évaluée, c'est-à-dire interprétée, passée au crible de son jugement.** Evaluer, c'est avoir un avis sur une information ou sur un ensemble d'information. C'est un travail de tri afin de juger de la fiabilité de l'information. Or, cette capacité à interpréter et à avoir un regard critique sur une information suppose un ensemble de compétences et de connaissances, lesquelles sont inégalement réparties dans la population. La crise

sanitaire liée au Covid-19 et la profusion d'informations qui l'a accompagnée, à tel point que l'OMS a parlé d'« infodémie », illustre de façon paradigmatique cette dimension de la littératie en santé. Quelle fiabilité accorder aux informations venant du gouvernement, comment trancher entre les scientifiques crédibles et les experts peu rigoureux, quelles recommandations de santé publique suivre ? Ces interrogations font directement appel à des capacités de raisonnements individuelles et collectives. Comme l'indiquent Brunois, Decuman et Perl dans un article portant sur la littératie en santé lors de la crise du Covid-19, cette période a entraîné « une cacophonie, un flou qui ne permet pas à un public averti une grande aisance dans l'interprétation et le suivi des recommandations, mais qui présage déjà un écart plus que conséquent auprès d'un public avec un faible niveau en littératie » (Brunois, Decuman et Perl, 2021, p. 4).

Une fois l'information analysée et évaluée, celle-ci est appliquée, en tout cas, une décision est prise à partir des informations fournies. L'application de la mesure peut traduire tant un rejet de l'information obtenue qu'une adoption de celle-ci. Par ailleurs la prise de décision dépendra de l'applicabilité de l'information, laquelle ne résulte pas seulement des capacités individuelles de la personne concernée. Par exemple, dans l'état actuel des connaissances, il apparaît que la famille peut jouer un rôle dans l'entrée ou le maintien dans l'addiction de l'un de ses membres, comme elle peut jouer sur la réduction de la consommation, voire sur l'arrêt complet de certaines substances. Cette information pour la santé (le rôle moteur de la famille dans la réduction des conduites addictives) peut être particulièrement complexe à appliquer dans la mesure où les ruptures familiales sont courantes parmi les toxicomanes et où elle suppose la mobilisation d'un groupe de personnes dans une alliance thérapeutique (Cassen, 2008). D'autres informations pour la santé ont une applicabilité plus simple comme celle consistant à alterner la consommation d'eau et d'alcool.

La présente définition de la littératie en santé tient compte des données issues de la littérature scientifique les plus récentes. Seulement la définition de la littératie en santé n'est toujours pas stabilisée et, malgré de nombreux travaux à ce sujet depuis les années 1970, cette instabilité de la définition limite l'exploitation des résultats d'une étude à une autre. En 2012, une équipe de chercheurs publiait une revue de la littérature au sujet de la littératie en santé qui faisait état de 17 définitions explicites différentes du concept. L'équipe proposait de colliger ces définitions pour n'en proposer qu'une, à savoir que la « **littératie en santé est liée à la littératie et implique les connaissances, la motivation et les compétences des individus lui permettant d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer des informations de santé dans**

le but de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie tout au long de la vie. » (Sørensen et al., 2012, p. 3, traduction personnelle)².

Littératie en santé et inégalités sociales de santé

En plongeant plus en détail dans le concept de littératie en santé, il apparaît que celui-ci a été d'abord considéré comme un élément individuel ou, au mieux interindividuel, comprenant uniquement le lien patient/soignant. Cette définition restrictive a été semble-t-il dominante jusqu'à dans les années 2000.

Depuis, le concept de littératie s'est nourri des travaux et réflexions en santé publique pour renvoyer finalement « aux connaissances, aux compétences et à l'engagement qu'ont les groupes d'individus à s'occuper de la santé de leur communauté » (Margat, 2018, p. 71).

Aujourd'hui, la littératie en santé et les travaux de recherche qui en découlent tendent à composer avec les deux approches, l'une dite « clinique » et l'autre dite de « santé publique ». La littératie est désormais principalement axée sur l'interaction entre les exigences des systèmes de santé et les compétences des individus (Sørensen et al., 2012).

Il est courant, dans les recherches académiques de parler de « niveau de littératie en santé ». La littératie devient dès lors un critère de comparaison entre régions, pays ou systèmes de santé. Aussi un niveau jugé « bon » de littératie en santé signifie que la personne ou le groupe a la capacité de **« comprendre, planifier et mettre en œuvre des pratiques d'autosoins, y compris l'administration de traitements complexes, ajuster son mode de vie pour améliorer la santé, prendre des décisions éclairées, accéder aux soins de santé au besoin, partager des activités favorisant la santé et faire face aux problèmes de santé dans son environnement et la société en général. »** (Penney, 2014 cité par Rebih, 2020, p. 179).

Les niveaux de littératie sont variables dans un même groupe social et entre différents groupes. Ces niveaux sont révélateurs des inégalités sociales de santé qui

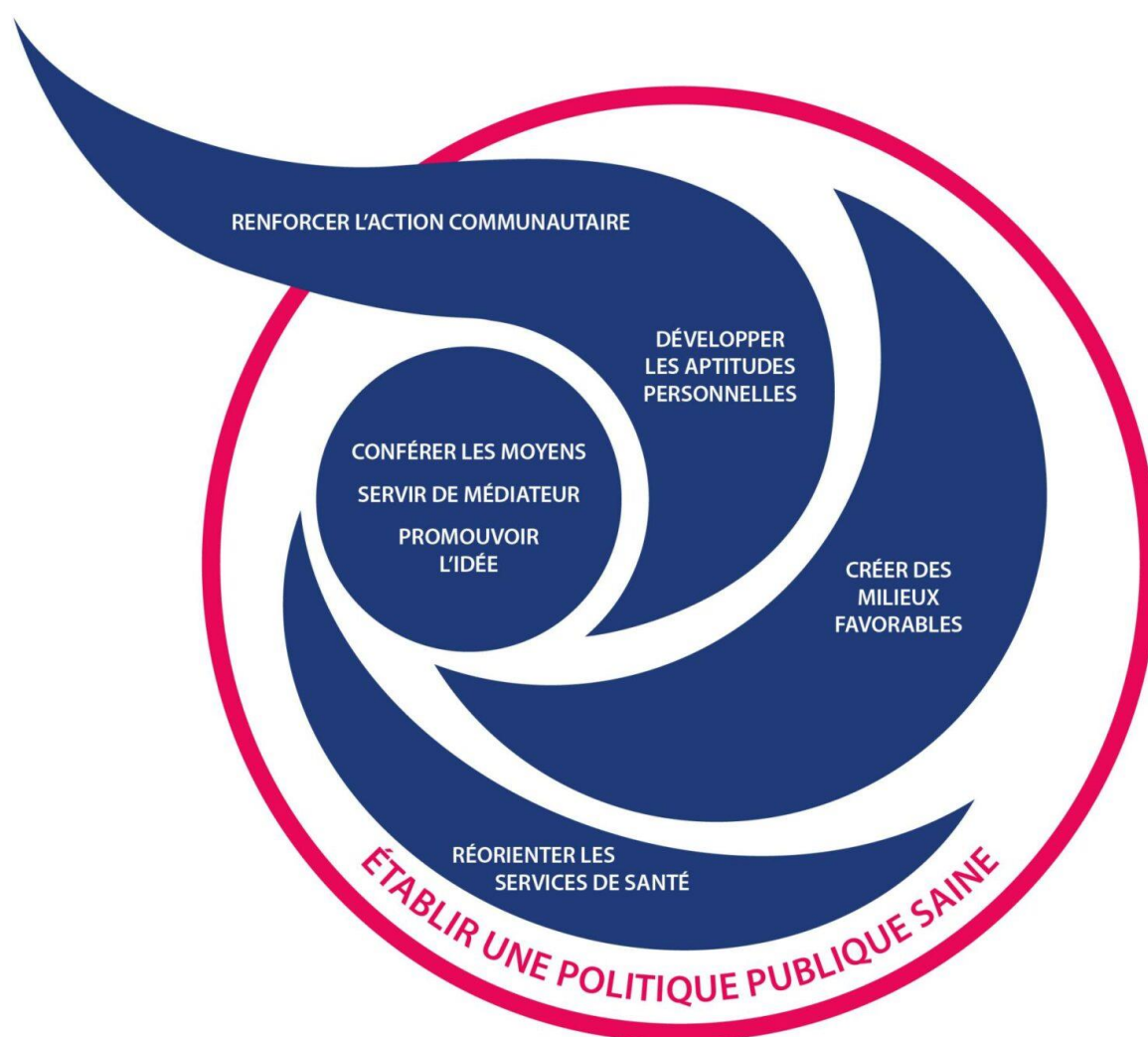
² « Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course »

existent en France et dans d'autres pays. Ainsi, les personnes ayant un plus faible niveau de littératie sont aussi généralement les personnes les moins favorisées sur le plan du capital économique, social ou culturel. Certaines études mettent d'ailleurs en avant le fort lien de corrélation « entre un bas niveau de littératie en santé et une série d'indicateurs de santé, comme par exemple un faible recours à la vaccination contre la grippe, une moindre adhérence thérapeutique médicamenteuse ou une plus grande mortalité chez la personne âgée » (Henrard et al., 2018, p. 140). D'autres recherches mettent en avant le fait que « les personnes ayant une faible littératie ont moins de connaissances sur les maladies et leurs traitements, et présentent des difficultés à comprendre les questions de santé en général. Elles ont plus de difficultés avec les communications verbales des médecins. Globalement, elles présentent de plus hauts niveaux de stress et des sentiments de vulnérabilité plus forts » (Rootman et Ronson cité par Rebih, 2020).

La littératie en santé ne suit pas seulement le gradient social de santé, elle l'influence : la disparité de niveaux de littératie en santé contribue à renforcer les inégalités de santé, mais son amélioration peut contribuer, à l'inverse, à les réduire. A titre d'exemple, le travail des personnes concernées dans la lutte contre le VIH/Sida et dans l'organisation communautaire qui en résulte a contribué à renforcer le niveau de littératie en santé des personnes concernées et à réduire les inégalités sociales de santé (CNS, 2021). Aussi est-il possible de reprendre l'idée selon laquelle l'amélioration de la littératie en santé des personnes et des systèmes de soin peut permettre de **« renforcer la sécurité et la qualité des soins, de réduire les disparités en matière de santé et, ce faisant, de promouvoir des sociétés plus prospères et équitables »** (Guide Health Literacy, FR, p. 4). Vue sous cet angle, la littératie en santé peut apparaître comme un facteur d'influence de la santé contribuant, peu ou prou, à l'empouvoirement des personnes. C'est d'ailleurs ce dont témoignent des chercheurs anglais ayant réalisé une étude longitudinale auprès de patients inscrits dans des démarches d'éducation thérapeutique du patient et une méta-analyse au sujet de la prise de décision partagée en santé (Edwards et al., 2012 ; Edwards, Davies et Edwards, 2009). Ils y affirmaient en conclusion que la littératie en santé était un médiateur entre un patient, son soignant et le monde extérieur, mais aussi qu'elle favorisait l'empouvoirement et l'autonomisation du patient vis-à-vis du champ médical.

Littératie et promotion de la santé

La littératie en santé est un concept opérationnel et heuristique en promotion de la santé, dans la mesure où il s'articule aux 5 axes d'intervention qui structurent ce champ de pratique.



Source : https://www.sirena-cps.fr/wp-content/uploads/2023/10/charte-d-ottawa_oms_1986-1536x1388.jpg

Le premier axe concerné est relatif à l'acquisition de compétences individuelles. Qu'il s'agisse de la promotion de la santé ou de la littératie en santé, la place des individus, de ses capacités, est centrale. Non dans une perspective culpabilisante et moralisatrice qui reviendrait à ne considérer la personne que sous l'angle de sa responsabilité individuelle, mais plutôt dans une perspective émancipatrice où la personne se caractérise par son pouvoir d'agir et le développement de celui-ci. La capacité à mobiliser des connaissances, des savoirs et des compétences

cognitives ou physiques en situation, ainsi que la capacité à maîtriser et à agir sur son environnement sont autant d'éléments constitutifs à la fois de la promotion de la santé et de la littératie en santé.

Le deuxième axe concerné est, en raison de l'histoire du concept de Littératie en santé, celui qui a trait à la réorientation des services de santé. Augmenter le niveau de littératie en santé d'une personne, en l'occurrence d'un patient, c'est lui reconnaître un rôle actif dans la configuration médicale, sanitaire et sociale qui le concerne. Dans le cas de l'éducation thérapeutique du patient par exemple, ce dernier voit ses compétences reconnues par le/les soignants, lesquels partagent un savoir médical et scientifique avec leurs patients afin qu'ils puissent réaliser des gestes médicaux. Plus largement, le niveau de littératie en santé est impacté par le développement de la démocratie en santé. En effet, plus les structures intègrent dans leur fonctionnement des personnes concernées et plus le contenu que ces structures produisent pourra être adapté et accessible, et plus les personnes concernées acquièrent et maintiennent des compétences. La réorientation des services de santé concerne également la coordination entre les professionnels ainsi que la relation qu'entretiennent les structures entre elles, dans le but d'améliorer les parcours des personnes/patients. L'amélioration de l'accès à des professionnels par une meilleure orientation favorise l'accès à une information plus adaptée aux situations des personnes et contribue à améliorer la littératie en santé de ces derniers. Enfin, la réorientation des services concerne également la formation des professionnels et la qualité du repérage, de l'identification des demandes, de l'accompagnement et de l'orientation des personnes. Ces différentes dimensions requièrent des connaissances, des compétences et des dynamiques partenariales spécifiques.

Le troisième axe concerne l'élaboration de politiques pour la santé. Ces politiques se situent autant à l'échelle nationale que locale et des structures. Elles contribuent à l'augmentation du niveau général, collectif ou individuel de littératie en santé. Par exemple, en présentant une ou des informations avec clarté et exactitude ou en les rendant accessibles au plus grand nombre, mais également en créant des conditions favorables à la santé. Par ailleurs, la transversalité des questions de santé, c'est-à-dire le dépassement du champ sanitaire et la mobilisation des autres champs (de l'éducation, du social, du sanitaire, etc.) est un facteur déterminant de la littératie en santé. Le système éducatif et scolaire a, par exemple, une importance dans la constitution des compétences des individus, tant sur la capacité à lire, à écrire et à compter que sur les compétences critiques et réflexives. Aussi est-il possible d'affirmer que « la santé et l'apprentissage sont inextricablement liés, les

déterminants de la santé peuvent être aussi des déterminants de la littératie. [...] Elle est aussi un résultat de l'éducation...» (Rootman et Ronson, 2005). Les différentes politiques publiques ont un rôle non négligeable à jouer sur le développement de la littératie en santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. A l'échelle d'une structure, la politique d'établissement joue également un rôle essentiel dans la création d'environnements favorables à la santé et à littératie en santé.

Le quatrième axe porte sur la création d'environnements favorables. Le niveau de littératie est fortement dépendant de la capacité de l'environnement à se laisser appréhender, du contexte dans lequel une personne évolue. « La littératie en santé renvoie donc également à des actions qui rendent les environnements plus favorables à l'exercice des compétences des personnes et les accompagnent dans l'application des informations diffusées en prenant en compte leur situation et leur parcours de vie » (Ferron, 2017, p. 10). L'environnement a un impact direct sur la possibilité des personnes à appliquer une démarche favorable à leur santé. Dans le cas des personnes en situation de grande précarité qui ont arrêté de consommer, comme cela sera précisé plus tard, l'espace public est un lieu perçu comme « dangereux », car il interpelle en permanence la personne concernant son addiction. L'environnement concerne aussi celui des structures accueillant les personnes en situation de grande précarité. Les règlements intérieurs, la formation des professionnels, les politiques des établissements peuvent contribuer à la création d'un environnement institutionnel favorable à la santé et à la littératie en santé. Cela peut se jouer tant au niveau de la posture de professionnels, laquelle peut favoriser l'expression de la parole des personnes souffrant d'addictions, qu'à celui de l'aménagement des locaux et lieux de vie pour favoriser le bien-être et l'appropriation de l'espace.

Le cinquième axe de la promotion de la santé porte sur le renforcement de l'action communautaire. Celle-ci peut être développée par le biais de la médiation par les pairs, laquelle favorise la santé communautaire et la littératie de la communauté entière. Favoriser les dynamiques communautaires permet, entre autres choses, de prévenir l'isolement qui est reconnu comme un facteur limitant dans le développement de la littératie en santé. Par ailleurs, comme il a été rappelé ci-dessus à propos de la lutte contre le VIH/Sida, l'autogestion communautaire a pu favoriser l'augmentation du niveau de littératie des personnes concernées et le pouvoir d'agir des personnes concernées.

Dans sa thèse de Sciences de l'éducation, Louisa Rebih (2020) identifie les liens existants entre promotion de la santé et littératie en santé. Pour elles, ces deux champs partagent les mêmes objectifs, à savoir la réduction des inégalités sociales de santé, la transformation sociale, la promotion d'une culture collective de participation sociale constitutive d'un capital culturel en santé, et l'autonomisation/empouvoirement des individus et des groupes.

Les déterminants de la littératie en santé

Tout comme la santé ou les inégalités sociales, la littératie en santé a un ensemble de déterminants issus à la fois des comportements et compétences individuelles, que des environnements sociaux et structurels.

Parmi les déterminants individuels de la littératie, la fréquence de lecture apparaît comme particulièrement structurante de la littératie en santé. Ainsi, pratiquer la lecture quotidiennement entraîne une hausse significative du niveau de littératie en santé (Ferron, 2017). A contrario, d'autres facteurs affectent négativement la littératie en santé, à l'image du vieillissement et du déclin cognitif lié à l'âge, du faible niveau d'instruction, du fait de parler une autre langue maternelle que la langue officielle du pays où l'on se trouve, de certaines formes de handicap, du capital culturel ou encore de l'état mental (Ferron, 2017 ; Helitzer et al., 2012 ; Rootman et Gordon El Eihbety, 2008). L'état mental est d'ailleurs un déterminant important dans la mesure où, sous l'effet du stress, de l'annonce d'une maladie, de l'état de fatigue, la capacité de compréhension d'une personne, même avec un haut niveau de littératie en santé, peut chuter.

Parmi les déterminants politiques, systémiques et sociaux, il est possible d'identifier plusieurs éléments pouvant avoir un effet négatif sur le développement de la littératie en santé et renforcer les inégalités sociales de santé : la difficulté à mettre en œuvre des programmes de santé de qualité dans les écoles, le manque de programmes abordables pour l'enseignement du français aux étrangers, le manque d'intervention en milieu de travail, la confusion dans l'information sanitaire transmise via les médias et sur Internet, la complexité des systèmes de santé, le nombre réduit de programmes d'éducation thérapeutique du patient, le manque de sensibilisation chez les professionnels de la santé... peuvent en être des exemples.

La classification de la littératie en santé :

Au début des années 2000, le professeur en santé publique Don Nutbeam (2000) signe un article portant sur la littératie en santé comme enjeu et but de la santé publique. Pour lui, il est indispensable de dépasser une définition limitante et rigide de la littératie vue comme capacité à lire et à écrire pour introduire une classification plus dynamique de la littératie prenant en compte « ce que la littératie nous permet de faire » (Ibid., traduction personnelle)³. Il reprend alors la classification en 3 niveaux de littératie proposée par les chercheurs en sciences de l'éducation Peter Freebody et Allan Luke :

- Littératie fonctionnelle : compétences de base suffisantes en lecture et écriture pour fonctionner efficacement dans des situations quotidiennes ;
- Littératie interactive : compétences cognitives et littéraires plus avancées qui, avec les compétences sociales, peuvent être utilisées pour participer activement aux activités quotidiennes, extraire des informations et donner un sens à différentes formes de communication, et appliquer de nouvelles informations à des circonstances changeantes ;
- Littératie critique : compétences cognitives plus avancées qui, avec les compétences sociales, peuvent être appliquées pour analyser de manière critique les informations et utiliser ces informations pour exercer un plus grand contrôle sur les événements et les situations de la vie.

A partir de ces travaux, Don Nutbeam (2000) définit les 3 niveaux de littératie en santé et identifie les différentes activités ou actions qui y sont associées

- **La « littératie fonctionnelle en santé »** se fonde sur la communication d'informations factuelles sur les risques pour la santé et sur la manière d'utiliser le système de santé. Cela désigne une « relation instrumentale » à un objet tel que l'alimentation, l'activité physique, laquelle ne passe pas le filtre de la critique. Ce sont les activités en lien avec la santé réalisées sans réfléchir (Debussche et Balcou-Debussche, 2018). Les actions visant à renforcer la littératie fonctionnelle en santé ont des objectifs limités plutôt orientés vers les risques pour la santé et la connaissance des services de santé, et le respect des actions prescrites. De telles approches n'invitent pas à la

³ « One approach to classification simply identifies types of literacy not as measures of achievement in reading and writing, but more in terms of what it is that literacy enables us to do. »

communication interactive et ne favorisent pas le développement de compétences et de l'autonomie. Des exemples de cette forme d'action comprennent la production de brochures d'information et l'éducation traditionnelle des patients.

- **La « littératie interactive en santé »** engage des compétences cognitives et sociales utilisées pour participer activement aux activités de tous les jours, déduire le sens de différentes formes de communication et appliquer les nouvelles informations à des circonstances changeantes. Ce niveau implique la capacité d'échange entre un individu et le système qui l'entoure.
- **La « littératie en santé critique »** englobe les connaissances, les attitudes et les habiletés en termes de réflexion, d'analyse critique et d'application des informations afin d'utiliser ces dernières pour faire face aux défis liés à la santé tout au long de la vie. Ce niveau de littératie est celui qui renvoie aux aptitudes d'un individu à réfléchir aux facteurs déterminants la santé et à transformer cette réflexion en action.

Dans un article portant sur la littératie en santé des personnes diabétiques de type 2, Xavier Debussche et Maryvette Bascou-Debussche (2018) illustrent les niveaux de littératie par des exemples tirés des entretiens qu'ils ont réalisés pour leur étude.

Tableau II : Exemples de variations des propos selon les « niveaux » fonctionnel, interactif et critique

Fonctionnel	Delphine, 50 ans, sans activité	<i>Pour manger, je mange à peu près comme l'hôpital nous dit de le faire et ce qu'il nous donne.</i>
Interactif	Ludivine, 76 ans, retraitée	<i>J'arrive même quand je fais une bêtise au cours d'un repas, à corriger la fois d'après. Je sais comment suivre mon alimentation et comment la faire valoir par rapport à mon diabète.</i>
Critique	Martin, 75 ans, retraité	<i>La nourriture comment ça marche ? Je ne mange pas trop de sucre, pas trop de sel. Je ne bois pas trop d'alcool. C'est bon, je mange de tout, je mange bien, j'ai un bon appétit.</i>

Qui sont les personnes accueillies en C.H.R.S. ?

La précarité renvoie non seulement à la pauvreté entendue au sens de faiblesse des ressources monétaires ou du capital économique mais se caractérise aussi par la fragilité et la vulnérabilité dans plusieurs domaines. En France, la précarité est un

processus qui touchait environ 2 millions de personnes en 2018⁴. Il s'agit de personnes vivant avec un revenu inférieur à 43 % du niveau de vie médian.

De manière générale, la grande précarité est particulièrement importante chez les personnes isolées et les familles monoparentales, qui représentaient en 2012 près de 29 % des plus démunis, contre 20 % de l'ensemble de la population.

Ces personnes en grande précarité parviennent partiellement à subvenir à leurs besoins grâce aux prestations sociales, qui représentent la moitié de leur niveau de vie. En l'absence de ce système de redistribution, l'extrême pauvreté toucherait 12 % de la population au lieu de 3,7 %. Cependant, seuls 40 % des plus démunis vivent dans un ménage ayant perçu un revenu minimum garanti, en particulier le RSA. Les autres n'y ont pas recours ou ne sont pas éligibles.

Pour les personnes sans-abri et les personnes hébergées en établissement, l'accès aux droits et aux prestations sociales est également très faible. En 2015, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques estimait à près de 40 % le taux de non-recours aux aides sociales pour cette catégorie de personnes⁵.

Une part de ces personnes en situation de précarité est accueillie en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.). Il s'agit de structures destinées à soutenir les individus faisant face à des difficultés économiques, familiales, d'insertion sociale ou de logement, afin de les accompagner vers l'acquisition ou la récupération de leur autonomie sociale. Ces établissements, majoritairement gérés par des organismes privés sous le statut d'Association loi 1901, sont financés par l'État. De manière générale, le dispositif des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) comprend trois catégories principales :

- Les C.H.R.S. d'urgence, comptant environ 8500 places en 2021, sont des lieux d'accueil nocturne fermés la plupart du temps en journée. L'admission est normalement sans condition, mais le séjour est de courte durée, limité à 1 à 7 nuits par mois au maximum.
- Les C.H.R.S. de stabilisation comptaient 3000 places en 2021. Il s'agit d'un dispositif instauré par la Loi D.A.L.O. et le P.A.R.S.A. de mars 2007 qui a permis de transformer des places d'urgence en places de stabilisation. Les résidents

⁴ Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371273?sommaire=5371304>

⁵ Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-sans-domicile-et-les-personnes-vivant-avec-moins-de-660-euros-par-mois-un>
Litter'agir sur les addictions - 2024

peuvent rester au foyer toute la journée, et l'hébergement est assuré pour une durée de 2 à 3 mois. L'admission se fait suite à un entretien et à la signature d'un "contrat".

- Les C.H.R.S. d'insertion représentaient environ 35 200 places en 2021. Il s'agit d'une mode d'hébergement prenant différentes formes. Il peut s'agir également de foyers comprenant des studios indépendants ou des appartements dispersés dans les villes. La durée de l'hébergement est de six mois, avec une possibilité de renouvellement. Un entretien individuel est conduit pour recueillir des informations sur la situation sociale, le projet et la motivation des personnes demandeuses. La décision d'admission est prise au sein d'une commission composée de travailleurs sociaux et d'un cadre hiérarchique, se basant sur les informations fournies par le travailleur social ayant effectué l'entretien.

Les personnes en situation de précarité accompagnées en C.H.R.S. et rencontrées pour ce diagnostic illustrent la grande diversité de leurs expériences sociales et de leurs profils, ce dont témoignent plusieurs recherches en sciences humaines et sociales. L'expérience sociale de la grande précarité se caractérise moins par les conditions matérielles et financières des personnes que par l'instabilité et l'évolution de leurs conditions de vie ou d'hébergement (Beck, 2020). Cette instabilité se retrouve dans les histoires personnelles, dont nous n'avons pu saisir souvent que des bribes, des personnes rencontrées lors de ce diagnostic témoignent de cette grande diversité des profils et des parcours.

Si tous les parcours et les histoires de vie sont singuliers, les situations se ressemblent parfois. Il y a ces jeunes pris en charge par l'aide à l'enfance, ceux qui ont perdu leur emploi en raison d'une forte toxicomanie, ceux qui ont connu l'enfermement et la prison, ceux qui ont subi des violences et quittent parfois brutalement leur logement, ceux qui sont arrivés en fin de droits d'indemnisation au chômage, car leurs maladies professionnelles ou leurs handicaps ne sont pas reconnus. Cet extrait d'entretien illustre la variété des profils des personnes accueillies, en l'occurrence ici, la variété existant dans la catégorie sociale des « jeunes » :

« Les jeunes, maintenant, que ce soit à l'EPIDE, dans le contrat-engagement jeune, l'école de la deuxième chance, ou que sais-je, ils ont 520, s'ils respectent le contrat ! Ce sont des jeunes qui sont dans une dynamique d'insertion socioprofessionnelle, parce que des fois, des jeunes qui viennent de signer un contrat d'engagement jeune, ou la Mission locale repère qu'il y a une problématique d'hébergement, ou ils sont en famille et c'est très conflictuel... ou des jeunes en ménage, mais il y a rupture, ou des jeunes en

fin de prise en charge d'aide sociale à l'enfance, aussi... Et des jeunes ex mineurs non accompagnés, donc, aussi, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, qui sont dans le circuit associatif de la protection de l'enfance » (L, travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Bien souvent, ces situations se croisent et les handicaps sociaux, physiques, psychiques se cumulent pour donner lieu à des situations qui nécessitent le recours à l'accompagnement social en C.H.R.S.

« On a tous les profils, donc, on peut avoir... Enfin, c'est de l'accueil d'urgence à un instant T quand la personne se sent en détresse, quand elle a besoin. Et après, elle peut venir avec n'importe quelle problématique, ça dépend du profil. Il y en a qui vont rester 24 heures, même pas, parce que c'était juste trouver une solution, d'urgence pour la nuit, un petit peu au calme, et tout. Et on en a d'autres... Là, on en a une qui... Et il y a énormément de problématiques, que ce soit de logement, d'endettement, etc. On peut aussi accueillir des femmes avec des enfants... » (A, Cheffe de service en C.H.R.S.)

Les populations accueillies en C.H.R.S. sont diverses, mais les pratiques toxicomaniaques et les consommations de produits addictifs sont courantes. Le sociologue Thibaut Besozzi, qui a beaucoup étudié le monde des sans-abris, a publié en 2020 un ouvrage portant sur les idées reçues au sujet des SDF. Il y note que « les personnes sans-abri chroniques, les non-recourants et les sans-domicile pris en charge dans les dispositifs d'urgence sociale sont plus fréquemment malades d'addictions (Gardella, Arnaud, 2018), ce qui participerait d'ailleurs de la chronicité de leur situation. » (Besozzi, 2020, p. 81).

Il indique par ailleurs que le nombre de personnes sans-domicile déclarant une consommation à risque était de moins de 10%. En revanche, près d'une personne sur 5 reconnaît une dépendance à l'alcool et près de la moitié (46%) affirment rencontrer des difficultés pour arrêter l'alcool.

« C'est une question, quand ils arrivent, lors de leur entretien d'accueil [...] Pour la plupart, oui, il y a déjà un traitement qui a été mis en place. Je dirais, 80% des résidents du centre d'hébergement hommes, arrivent avec un traitement, quel qu'il soit, mais bien souvent, des traitements de substitution. Et puis, notre mission première, c'est qu'il n'y ait pas de rupture de soin. Donc, d'essayer de les amener rapidement pour le renouvellement de leur ordo, le renouvellement de traitement. » (M, Travailleur social en C.H.R.S.)

Certains rapports d'activités de C.H.R.S. qui ont été consultés lors de ce diagnostic tendent à corroborer ces éléments dans la mesure où, lorsque ce sujet est abordé, 25 % des personnes accueillies connaissent des problématiques de dépendances à l'alcool. De plus, selon un rapport de l'Observatoire du SAMU social, il apparaît que « 28,6 % des personnes interrogées présentent une dépendance ou une consommation régulière de produits psychoactifs (alcool, médicaments détournés de leur usage, drogues, etc.). [...] Les hommes sont en général trois fois plus concernés par ces consommations que les femmes (respectivement 37,5 % contre 11,9 %) » (Besozzi, 2020, p. 82). À nouveau, les rapports d'activités de certains établissements vont dans ce sens et indiquent qu'entre 15 et 20 % de la population accueillies peut être considérée comme polytoxicomane. Comme l'indique, Thibaut Besozzi, « la toxicomanie s'inscrit dans le cadre d'une "socialisation marginalisée" (Parazelli, 2002) qui, si elle relève effectivement des besoins relatifs à la survie dans le monde de la rue, n'en accentue pas moins la marginalité des sans-domicile » (Besozzi, 2020, p. 86).

Relation des personnes accueillies en C.H.R.S. avec le monde de la santé

Ce premier chapitre s'intéresse à la relation particulière qu'entretiennent les personnes accueillies en C.H.R.S. avec les professionnels de santé. Du point de vue de la littératie en santé, ce chapitre interroge principalement l'accès à une information de santé et la compréhension de celle-ci.

Il aborde tout d'abord le sujet de l'accès, au sens le plus large du terme, à des professionnels de santé, qui est l'un des éléments centraux pour favoriser l'accès à l'information.

Ce chapitre montre combien les relations au monde médical sont complexes, pour les personnes accueillies en C.H.R.S., en raison d'expériences passées, de troubles psychiques, d'une démographie médicale déclinante dans certains territoires, etc. Ce chapitre indique aussi le rôle joué par les salariés des C.H.R.S. ou les professionnels des structures d'addictologie pour faciliter tantôt la venue de professionnels de santé en établissement, tantôt pour encourager les personnes accueillies à aller consulter, tantôt pour accompagner l'acceptation de la maladie, tantôt pour démystifier la relation avec les médecins et autres professionnels du monde médical.

Le chapitre aborde enfin le souhait des professionnels des C.H.R.S. d'être formés aux questions relatives aux addictions mais aussi montre tout l'intérêt de ces formations pour la pratique quotidienne et pour améliorer le niveau de littératie des personnes accompagnées par les structures. Il aborde pour conclure l'importance des partenariats entre les C.H.R.S. et les structures d'addictologie, d'orientation, les professionnels de santé pour favoriser l'accès au soin.

Accéder à des professionnels de santé

Qu'il s'agisse des professionnels ou des personnes accueillies en C.H.R.S., l'accès à des professions de santé est une problématique spécifique de certains territoires. La région Grand Est est composée de territoires où la démographie médicale est

particulièrement faible. Des problématiques d'accès aux médecins généralistes ont été évoquées lors des entretiens en Alsace du Nord, Moselle Est, Vosges du Sud ou encore Aube.

De plus, les délais pour accéder à des professionnels de santé peuvent être particulièrement longs :

« C'est vrai qu'en ce moment, pour avoir un rendez-vous chez un médecin, si tu t'y prends pas trois jours à l'avance... En fait, il faut que tu saches que tu vas être malade dans trois jours, il faut que tu prennes le rendez-vous. » (P., C.H.R.S. d'insertion)

Dans certains territoires, le départ à la retraite de médecins vieillissants inquiète, surtout lorsque ces médecins venaient directement dans les C.H.R.S. dans une logique de « hors-les-murs » qui s'était souvent construite sur le long terme. Par ailleurs, les délais sont encore plus longs pour obtenir des rendez-vous auprès de médecins spécialistes.

Les professionnels rencontrés font souvent état de l'urgence des situations de certaines personnes, mais aussi du besoin d'être en mesure de répondre rapidement aux sollicitations des personnes accueillies en C.H.R.S. Ces dernières, lorsqu'elles étaient en rupture de soin et acceptent de consulter un spécialiste de santé ont besoin que cette consultation puisse être rapidement réalisée. Dans le cas de prises de rendez-vous trop éloignées, les personnes risquent d'oublier leur rendez-vous ou simplement de ne plus vouloir rencontrer les professionnels de santé.

Au-delà de l'existence de difficultés pour accéder aux médecins et à une information médicale de qualité, il faut prendre en compte l'éloignement d'une grande partie des personnes accueillies en C.H.R.S. vis-à-vis du monde médical. A écouter les professionnels, la première mission des C.H.R.S. consiste à réduire cet écart et à rapprocher les personnes et le monde du soin :

« M. va essayer de les remettre dans le chemin du droit commun. C'est-à-dire : retrouver un médecin généraliste, retrouver un médecin spécialiste et puis après, essayer que ça glisse tout doucement. Et c'est pas souvent facile parce que les personnes... les raisons, pour lesquelles, elles n'ont pas rencontré de personnel de santé, on n'a pas franchement de réponse, mais il y a quand même une certaine peur, une certaine appréhension d'aller vers les blouses blanches. » (A., travailleuse sociale en C.H.R.S.)

« Mais beaucoup ils sont en totale rupture avec le soin. Même que ça soit dans la compréhension, que ça soit aussi dans "appréhender" tout ça ; il y a aussi le déni qui rentre en compte dans les addictions aussi, qu'on mobilise différents partenaires, même, acteurs, aussi, pour leur suivi en lien avec leur addiction, c'est assez compliqué. » (B., travailleur social en C.H.R.S.)

Juger de la bonne distance entre faire du soin une priorité et respecter le souhait des personnes accueillies de ne pas consulter, de ne pas prendre rendez-vous, de ne pas démarrer un suivi médical, de ne pas se faire opérer s'apparente à un jeu d'équilibriste pour les professionnels des C.H.R.S. La patience et l'attention à l'autre devient alors un levier, quand bien même les risques encourus sont importants pour la personne :

« À partir du moment où tout est fait, tout a été tenté pour l'amener vers le soin et qu'elle ne veut pas et qu'elle continue à consommer de la même façon... parce qu'elles ne font pas rien, parce qu'il y a quand même une veille... parce qu'ils sont quand même sur place... mais, à part ça, c'est sûr que c'est compliqué et qu'il faut aussi se donner le droit de dire qu'on ne peut pas aller plus loin maintenant, on a fait ce qui était à faire et puis, on va attendre de voir ; tout en gardant une veille sur la personne. Et parfois, je leur dis aussi : on va attendre qu'il tombe ! Et quand il tombera et qu'il sera à l'hôpital, ou qu'on devra appeler les pompiers, ou qu'il y aura un truc qui va se passer, on va pouvoir "pointer" entre guillemets ce qui se passe. » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Ces différents éléments de résultats illustrent à nouveau comment un C.H.R.S. peut favoriser la littératie en santé des personnes qu'elle accueille, à la fois en travaillant à réduire l'éloignement vis-à-vis du monde médical des personnes concernées, tout en respectant l'autonomie des personnes sur ce point. Travailler très en amont de la prise de rendez-vous sur les représentations du monde médical et sur les traumatismes ou lourdes difficultés qui y sont associées apparaît comme une manière, petit à petit de faciliter l'accès à une information médicale de qualité et limiter l'absence de soins.

Quel rapport au monde médical ?

Lors des entretiens réalisés auprès des personnes accueillies en C.H.R.S., la question de leur rapport avec le monde médical a été abordée. Pour une partie d'entre eux,

les relations avec les médecins ont souvent été chaotiques ou négatives. Plusieurs ont fait l'expérience de tensions avec des professionnels de santé. S'ils ne l'expriment pas toujours explicitement, cette relation conflictuelle est parfois évoquée en creux, comme dans cet extrait d'entretien à propos des médecins en addictologie dans un CSAPA :

« Moi, ça va, tout le temps que j'étais là-bas, ils étaient corrects, ils ne m'ont pas fait chier spécialement. » (M., C.H.R.S. d'insertion)

Il est apparu dans les entretiens que la façon dont les personnes voyaient les médecins dépendait de la conception de l'addiction de ces derniers. Plus leur vision de l'addiction, et par extension des personnes malades d'addiction était négative et plus les personnes accueillies en C.H.R.S. voyaient les médecins négativement. Ce résultat fait écho à d'autres recherches en sciences sociales portant sur les personnes sans domicile et les travailleurs sociaux : « Pour comprendre cette rencontre difficile entre un travailleur social de centre d'hébergement et un usager de drogues, il faut comprendre que le produit stupéfiant est un *pharmakon*, c'est-à-dire aussi bien un remède qu'un poison. À partir de ce postulat, Nathalie Petit (2016) explique qu'il existe un jeu de miroirs dans les relations entre les professionnels et les usagers. De manière synthétique, elle démontre que plus le professionnel aura une représentation de l'objet drogue comme étant un poison, plus l'usager percevra le professionnel comme une personne venant lui empoisonner l'existence. À l'inverse, plus les professionnels assimileront l'objet drogue à un remède, plus les usagers percevront les travailleurs sociaux comme des remèdes pour eux. » (Chardin, 2022, p.137)

Ces autres extraits témoignent de l'éloignement que produit le sentiment d'être infantilisé et rabaissé par les professionnels de santé. Cela entraîne non seulement un refus de soin mais aussi parfois renforce le sentiment de mal-être et de solitude, tout en justifiant le « contrôle de soi » comme valeur importante pour les personnes sans-domicile :

« La moindre réflexion, le moindre truc, où on se fait descendre, on ne va pas l'apprécier. Et après, on n'aura même plus envie d'aller vers eux.... Pour pas se faire enfoncer, alors qu'on veut de l'aide. C'est pour ça, qu'aussi, qu'au bout d'un moment, j'ai arrêté. Heureusement que c'était la fin de l'obligation... mais après, j'aurais arrêté, j'en aurais eu marre aussi. Parce que je voyais que c'était plus pour m'enfoncer que pour m'aider. Et je ne voyais pas forcément d'aide. Si c'est pas moi qui me sortais les doigts du cul, façon de parler, voilà, il n'y

avait personne qui était là ! » (K., C.H.R.S.)

« Et c'est vrai que quand vous ne voyez pas, forcément, le résultat immédiat, vous lâchez un peu. E., ça a été un peu ton cas : on a tenté, t'as pris des rendez-vous, mais, même, aller au rendez-vous, déjà, là, on n'y arrivait pas. Donc, moi, à un moment donné, j'ai aussi arrêté de t'embêter avec ça. » (A., Travailleuse sociale)

Plusieurs personnes rencontrées disent clairement leur point de vue vis-à-vis de certains professionnels de santé dont le discours semblait particulièrement en décalage vis-à-vis de l'expérience du patient et niait d'une certaine manière sa connaissance des produits et de leurs effets ainsi que de leur maladie.

« Le médecin, il a étudié, il connaît son boulot, normalement. Après, j'ai été avec des médecins, honnêtement, j'avais envie de leur rigoler à la figure et dire : "mais tu me racontes quoi!? Tu ne sais même pas de quoi tu me parles !" Sur la drogue, sur ci, sur ça... Des fois, je me posais des questions. Il ne savait pas de quoi il parlait... » (S., C.H.R.S. d'insertion)

Cet extrait fait référence à une forme d' « expertise de l'aide » où « les aidants calquent leur action sur les risques encourus par les personnes, en leur ôtant toute autonomie de jugement sur leur situation : ils anticipent leurs problèmes mieux qu'elles ne peuvent le faire et estiment ainsi apporter les réponses les mieux adaptées » (Gardella, 2017 cité par Uribe Larrea, 2023, p. 49). Ce sentiment de voir son expertise d'usage rejetée par certains médecins est vécue douloureusement par les personnes accueillies en C.H.R.S. C'est ce que reconnaît aussi cette éducatrice spécialisée salariée dans une structure d'addictologie :

« C'est rare d'avoir des possibilités de parler de soi, sur soi, avec des façons rigolotes, distractives et pas moralisatrices. Et puis, quand ils viennent aux interventions, ils ne viennent pas chercher une leçon sur les addictions. Je veux dire, ils sont rompus à l'exercice... leurs connaissances sont rompues sur les addictions. » (F., Educatrice spécialisée en structure d'addictologie)

Il faut reconnaître aux personnes rencontrées un savoir d'expérience particulièrement important au sujet des drogues, des manières de les consommer, de leurs effets directs ou cocktails, des façons d'adapter la consommation de drogue avec des traitements de substitution, comme l'illustre brièvement cet extrait d'entretien :

« J'ai demandé un traitement méthadone, ils ont fait plusieurs analyses, parce qu'en fait, je prenais des benzos, avant. J'avais arrêté, mais ça m'arrivait de prendre de temps en temps, soit un valium, soit un... pour me calmer, pour ne pas avoir trop d'angoisses et tout ça. Mais c'était surtout le soir, en fait, au coucher. Tous les médecins m'avaient prescrit des somnifères et, du coup, à côté, il m'a prescrit un antidépresseur. » (P., C.H.R.S. d'insertion)

Cet extrait illustre bien les propos recueillis lors des entretiens qui attestent de ce savoir pratique, souvent dévalorisé, qui fera dire à plusieurs hommes rencontrés, souvent en rigolant, qu'ils pourraient être infirmiers en addictologie tant ils connaissent les produits et leur fonctionnement.

Une des difficultés rencontrées par les personnes accueillies en C.H.R.S. est liée à la pluralité des médecins qu'elles voient. Les situations vécues tout au long de leur vie et dans leur expérience du sans-abrisme ont souvent conduit les personnes accueillies en C.H.R.S. à consulter un nombre important de professionnels médicaux ou paramédicaux, médecins, psychologues, psychiatres, infirmiers, addictologue, spécialistes, etc., ce qui occasionne une répétition régulière de leurs histoires, de leurs traumas, de leurs antécédents, comme l'indique cet extrait d'entretien :

« C'est même pas, c'est de dire à n'importe qui... maintenant, je vais parler, il va me dire : "ouais, mais qu'est-ce que tu fais là ?" Qu'est-ce que ci, qu'est-ce que ça... Ben... je rabâche, je rabâche, je rabâche... Enfin, moi, tout le monde connaît mon histoire, là, à peu près, quoi... C'est dans la tête, en fait, je ne l'effacerai jamais de ma tête, tout ça. » (E., C.H.R.S. d'insertion)

La répétition contribue parfois au mal-être des personnes, car elles ont le sentiment de remuer des souvenirs traumatisants et douloureux à bien des égards. Ce sentiment d'être obligé de répéter leur histoire peut conduire certaines personnes à préférer éviter un rendez-vous avec un médecin, en ayant peur que cela occasionne de la tristesse et du mal-être, pouvant se traduire par une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogue. Cette douleur peut d'ailleurs être augmentée en cas de maladresse, de discours paternaliste ou irrespectueux du professionnel de santé, par manque de tact ou de formation.

Les récits des personnes accueillies en C.H.R.S. font état des relations parfois difficiles avec les professionnels. Si certains considèrent qu'ils ont pu être infantilisés ou insultés par des professionnels de santé, d'autres racontent l'emprise et la

Litter'agir sur les addictions - 2024

manipulation de certains médecins qui pouvaient délivrer des ordonnances sur simple demande contenant tous les produits souhaités par le patient. Ils racontent :

« Si tu voulais de la dope, t'allais au cabinet. Tu restais une demi-heure au cabinet, tu repartais, tu avais ce que tu voulais dans les poches. » (S., C.H.R.S. d'insertion)

« Tu lui demandais ça, il te le donnait... même sans savoir... c'était un supermarché...il faisait ses ordonnances au bistrot... avec son whisky... et voilà. » (E., C.H.R.S. d'insertion)

L'activité du médecin en question s'est arrêtée après le décès d'un jeune homme à la suite de la prescription de produits de substitution. Les récits de cette relation de dépendance vis-à-vis d'un médecin jouent un rôle dans la capacité des personnes à continuer à faire confiance aux professionnels de santé, surtout quand cette relation les a conduits à consommer davantage plutôt que de réduire le risque et de gérer leur consommation. Les médicaments récupérés auprès du médecin étaient d'ailleurs souvent vendus quand ils ne correspondaient pas au type de consommation auquel s'adonnaient les personnes interrogées. Du point de vue de la littératie en santé, ces expériences témoignent de la difficulté de prendre une décision favorable à la santé quand le professionnel de santé n'est pas fiable. Pour les professionnels de la solidarité, cette situation était également problématique, car les partenariats sur lesquels reposent l'accompagnement des personnes accueillies étaient affectés par la relation de dépendance entre les patients et leur médecin, mais aussi par l'influence des médecins dans l'environnement médical du patient et dans les instances décisionnelles sur le territoire.

« Nous, en tant que partenaires sociaux, c'était très, très compliqué de travailler, déjà, avec lui et avec ses patients, puisqu'il y avait quand même une certaine emprise, aussi [...] on ne sortait pas du cercle de cette dépendance. Et c'était très, très compliqué de pouvoir les faire sortir de ce milieu-là. Donc, on n'était pas aidés du côté de la santé, c'est compliqué. Donc, nous, nos propres moyens en tant qu'éducs, on est aussi très limités... » (A., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Faire le lien entre consommation et psychiatrie

Les professionnels de l'addiction ou des C.H.R.S. sont nombreux à faire le lien entre consommation de produits et troubles psychiques. En effet, ils notent qu'un nombre important de personnes qu'ils accompagnent sont ou pourraient être suivies par des professionnels de la psychiatrie. L'addiction de ces personnes est alors vue comme la résultante de ces troubles psychiques ou psychiatriques.

« On a surtout un lien, aussi, de plus en plus avec la pathologie psy, avec des consommations, pour essayer un peu d'apaiser les troubles. On a beaucoup de troubles de la personnalité, avec des troubles schizophrènes, où on constate qu'il y a quand même, beaucoup, de consommations, que ce soit alcool, mais aussi autres produits. » (V., Coordinatrice d'un C.H.R.S.)

Les consommations de produits apparaissent pour les personnes accueillies en C.H.R.S. comme une stratégie pour affronter ces troubles ou pour en réduire les effets, comme l'indique cette professionnelle d'une structure d'addictologie :

« Quand on leur demande pourquoi ils consomment, que ce soit du tabac, du cannabis ou de l'alcool, ils le disent bien que c'est quelque chose qui tempère sur le versant psychique et psychiatrique. Et ça leur convient... pour eux, c'est un traitement médical. [...] Et vu que c'est un public qui a souvent beaucoup de traumatismes... et là, c'est aussi pour éviter de penser. Donc, il y a le côté... Voilà... dormir, oublier, se dissocier, en fait... et de la réalité, parce que l'environnement a été brutal et violent pour eux, de se dire : "là, je suis encore en foyer, je n'ai pas réussi à faire ce que je voulais, je ne m'en sors pas". » (V., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

« Et je vois que chez les personnes qui souffrent de troubles psychologiques... et pathologies psychiatriques, quand il y a des troubles ou qu'il y a des souffrances ou des angoisses ou des choses comme ça, la conso, elle a un sens par rapport à ça, notamment cannabis et angoisse. Et du coup, virer la conso, ce n'est pas forcément la bonne idée s'il n'y a pas un travail derrière qui est fait sur autre chose. » (G., psychologue en C.H.R.S.)

Pour certaines personnes interrogées, les consommations sont d'ailleurs moins nocives que ne le seraient les médicaments. Aussi certains professionnels ayant proposé des traitements, alternatifs à la consommation d'alcool ou d'autres

produits, pour des troubles psychiques se sont vu répondre qu'il y avait un risque d'être dépendant aux médicaments, ce que les personnes refusent. Du point de vue de la littératie en santé, cela peut s'expliquer par le faible niveau de connaissance du fonctionnement des médicaments, mais aussi par une critique vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques. Il s'agit à la fois d'une prise de décision, autrement dit d'une évaluation de l'information et ainsi d'une capacité à exprimer ce qu'ils souhaitent ou ne souhaitent pas. La tendance à rejeter certains médicaments fait écho aux discours d'une partie des personnes accompagnées en C.H.R.S. à propos de la vaccination lors de la pandémie de Covid-19 :

*« Quand on leur dit qu'il y a des vrais traitements, qui sont adaptés, tout ça... Ils disent: "non, moi, je ne veux pas être addict au traitement, au médicament !" C'est marrant ... Ils ne sont pas addicts à l'alcool, c'est leur médicament, mais par contre, ils ont peur d'être addicts aux médicaments. »
(S., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)*

Le « hors-les-murs » comme levier et comme frein

La santé est un sujet traité de manière différente selon les centres d'hébergement. Certains considèrent que leur devoir est d'accompagner le plus possible les résidents, en les véhiculant, en leur rappelant leurs rendez-vous médicaux ou les aidant à les accompagner, en allant chercher des médicaments en pharmacie, etc. D'autres en revanche considèrent que la santé, au même titre que les autres sujets à traiter dans l'accompagnement des personnes accueillies, doit être gérée individuellement et de façon autonome.

Ces politiques d'établissement différentes interrogent du point de vue de la littératie en santé et de l'accès à une information de santé de qualité :

« Alors, on va parler des addictions de chacun, effectivement, pendant les entretiens individuels, mais voilà, on n'a pas de professionnels de santé au sein du C.H.R.S., c'est vraiment ce qui nous manque. On va, peut-être, avoir un psychologue. Ça nous aiderait, aussi, à amener ce genre de sujet. » (O., travailleur social en C.H.R.S.)

Les politiques des établissements diffèrent quant au souhait de faire venir ou tenir des permanences à des professionnels de santé. Certains souhaitent ainsi pouvoir embaucher du personnel médical ou paramédical quand d'autres considèrent qu'il est plus bénéfique pour les personnes d'avoir des lieux séparés les uns des autres et

estiment qu'il y a une dimension thérapeutique au fait d'aller vers le médecin ou le professionnel de santé. Si ces différentes possibilités semblent toutes pertinentes, il reste que plusieurs secteurs connaissent déjà des difficultés pour accéder aux professionnels de santé, ce qui rend d'autant plus difficile de les faire venir en établissement.

Lorsqu'il n'est pas possible pour les structures de faire venir des médecins et autres professionnels de santé en interne, le travail des chargés de prévention, des accompagnants des structures d'addictologie apparaît important pour apporter l'information au sujet des professionnels existants et des démarches à faire pour aller à la rencontre des professionnels de santé. Il s'agit donc, pour l'information, d'aller vers les personnes avant que celles-ci n'aient à faire le pas. Ces temps, organisés généralement par des intervenants extérieurs, permettent notamment de renforcer les connaissances des personnes au sujet du système de santé (savoir par exemple qu'un Centre Médico-Psychologique est accessible gratuitement) mais aussi de dédramatiser le rapport au monde médical, avec lequel certaines personnes ont connu des expériences négatives.

« Il y a toujours, quand même, cette question de l'accessibilité vers le soin. C'est-à-dire, vers la consultation pour ceux qui souhaiteraient en bénéficier. Donc, une partie de mon rôle, c'est d'expliquer, finalement, ce que l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on peut venir... pour qu'ils aient le maximum d'informations et qu'ils puissent, ensuite, les utiliser s'ils en ont envie. » (C. Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

La nécessaire amélioration des compétences des professionnels

La formation des professionnels du médico-social est un enjeu capital afin d'améliorer l'environnement des personnes malades d'addictions et de permettre une augmentation du niveau de littératie en santé des professionnels, mais aussi des personnes accompagnées. La formation et leur montée en compétences permettent d'améliorer l'information délivrée, en première ligne, aux personnes et semblent favoriser les postures professionnelles. Pour ce travailleur social, connaître le fonctionnement des produits, leurs effets et savoir reconnaître les signes de leur consommation est important à des fins de réassurance dans sa pratique professionnelle :

« Là, moi, j'ai un loupé, là, c'est sur le crack. Donc, il faut quand même

s'informer. En fait, en permanence... parce qu'il y a des comportements... Je pense à un résident, je n'ai pas saisi qu'il était sous crack. Je savais qu'il était sous quelque chose, mais je n'ai pas su déterminer quoi... » (M., travailleur social en C.H.R.S.)

Ce besoin de formation en addictologie des travailleurs sociaux est affirmé également par cette chargée de prévention qui intervient dans des structures accueillant des personnes en situation de grande précarité :

« Et comme on travaille aussi avec les encadrants, ça leur permet, aussi, eux, de reprendre en individuels. C'est aussi l'intérêt... on a des programmes de prévention comme ça et on intervient auprès des publics et auprès des professionnels, comme ça, eux aussi, ils peuvent reprendre les choses avec les personnes. Ça, c'est intéressant en soi. » (N., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

La formation permet donc d'assurer la continuité de l'intervention des structures d'addictologie. Les professionnels des structures organisent et animent généralement des ateliers collectifs ou tiennent des permanences une fois par semaine, parfois moins régulièrement, dans les C.H.R.S. ayant participé à ce diagnostic. Les travailleurs sociaux réalisent alors un travail de veille au quotidien qui permet d'alimenter les interventions des professionnels de l'addiction pour cela, il faut qu'ils puissent parler le même langage que les professionnels de l'addiction, comme l'explique ce directeur d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie :

« C'est-à-dire qu'en amont, ce qui est intéressant de faire, c'est, peut-être, aussi, de former globalement à l'addicto, l'ensemble de l'équipe pour qu'ils puissent entendre les mêmes choses et que, derrière ça, après, on puisse réellement faire un travail avec les publics. Je pense que ça, c'est un prérequis. Quand c'est pas fait, on s'aperçoit que c'est, d'abord, parfois mal compris, l'approche qu'on peut avoir... Pour moi, c'est vraiment un prérequis. Alors, pour la plupart, effectivement, ils ont été formés, donc, du coup, c'est plus facile, après, d'amener des choses et puis, aussi, qu'ils soient force de propositions, aussi, pour proposer, aussi, des actions un petit peu innovantes. » (B., Directeur d'une structure d'addictologie)

Par ailleurs, le fait d'organiser des temps de rencontre entre professionnels des C.H.R.S. et professionnels de l'addiction en amont des interventions apparaît comme un levier facilitant le décentrement des travailleurs sociaux et permettant de limiter les prises de positions pouvant être nocives pour l'accompagnement à la réduction des risques par exemple :

« La preuve, c'est qu'ils sont souvent... parce qu'on bosse un petit peu en amont pour savoir... moi, je veux savoir la posture qu'ils vont avoir. L'idée, ce n'est pas que... comme c'est liberté de parole, et que le travailleur social revient avec tous ses travers... en reprenant les personnes dans la relation qui leur appartient au quotidien. Moi, je n'ai pas du tout envie de ça, que la... se fragilise. Donc, du coup, je travaille en amont avec les collègues pour dire : "si tu viens, comment tu as l'intention de te positionner". (F., Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

Le décentrement produit par la formation et par la montée en compétences sur la longue durée en lien avec les structures d'addictologie est mis en valeur par ce travailleur social :

« C'est au CSAPA qu'ils nous ont dit ça : partir des choses positives, que lui apporte le produit : "tiens, on te voit souvent bourré, mais ça te fait quoi ? Ça te fait du bien pourquoi ?" Et après, tout doucement, on va ramener ce truc positif, nous on va forcément revenir dans les entretiens sur le projet. » (P., Travailleur social en C.H.R.S.)

Le besoin de formation ne concerne pas uniquement le savoir au sujet des addictions mais concerne aussi la capacité à parler du sujet, à l'aborder avec les personnes accompagnées :

« Ça me fait penser à un monsieur qui est couvert de bandelettes pour camoufler ses injections sauvages et qui "va bien". Tous les jours, il va bien... J'ai travaillé plein de choses avec lui, mais je n'arrive pas à aborder un sujet... Enfin, une fois je suis intervenue dans sa chambre... et il avait une seringue posée sur la table. Du coup, il l'a regardée, il m'a regardée et là c'était la panique. Je ne suis pas revenue dessus parce que je n'ai pas trouvé le moment, aussi, opportun de le faire et, d'ailleurs, depuis là, il m'esquive pas mal. » (S., travailleuse sociale en C.H.R.S.)

L'extrait d'entretien ci-dessus témoigne de ce besoin de formation des travailleurs sociaux, un besoin d'être outillé afin de réussir à parler des addictions avec les

Litter'agir sur les addictions - 2024

personnes concernées. Aussi des formations concernant des techniques d'échanges basés sur l'écoute et le non-jugement semblent importantes à développer en C.H.R.S. A ce sujet, une autre travailleuse sociale avait indiqué lors d'un entretien collectif combien elle avait appris d'une formation portant sur l'entretien motivationnel et comment elle mobilisait ce savoir-faire dans sa pratique quotidienne.

Pour les professionnels rencontrés, le fait que les directions des C.H.R.S. encouragent et acceptent la formation des salariés est un avantage important dont ne jouisse pas toutes les structures, certains semblant plus rétives à l'idée de permettre à leur salarié de se former :

« On est très libres sur les formations aussi. Ils nous laissent nous former. Là, moi, je suis en formation avec un CSAPA une fois toutes les deux semaines : précarité et addiction. [...] Alors qu'il y a d'autres structures où c'est plus difficile, peut-être, de s'inscrire dans un processus comme ça. Mais je trouve que c'est une grosse qualité de la structure, ça. » (H., travailleur social en C.H.R.S.)

Les structures qui ont été investiguées dans le cadre du diagnostic ont d'ailleurs des politiques de formation différentes et, certains professionnels ont reconnu qu'ils ne participaient pas ou très peu à des formations, les directions ne les encourageant pas en ce sens. En revanche, certains professionnels compensent le peu de formation dont ils bénéficient par des relations partenariales qui leur permettent de monter en compétences de façon permanente.

L'importance du réseau de partenaires autour de C.H.R.S. pour favoriser la littératie en santé

Les entretiens ont montré l'importance des partenariats sur le territoire entre les C.H.R.S. et les structures d'addictologie, de la psychiatrie, de la veille sociale, etc. La force du lien entre les structures est de nature à participer positivement au niveau de littératie des personnes qui y sont accueillies en facilitant les parcours de ces derniers dans le système de santé local, en améliorant la disponibilité de l'information en santé et sa qualité, en favorisant la montée en compétences des professionnels par la constitution progressive d'une culture commune.

« Sur le territoire de la Haute-Marne, les partenaires qui sont sur l'accompagnement des publics vulnérables, nous connaissent, aussi, déjà, depuis très longtemps. Moi, ça fait onze ans que je travaille avec ces

structures. Donc, du coup, il y a déjà, aussi, une culture, un peu, en fait, de l'addicto qui est présente dans ces structures. [...] il y a de nombreuses structures dans lesquelles c'est quand même relativement intégré. Et on voit qu'il y a eu du chemin qui a été fait. » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Les partenariats permettent aussi de renouveler la pratique des professionnels et leur rapport aux personnes accueillies en C.H.R.S., surtout lorsque les structures partenaires organisent des interventions :

« En fait, les professionnels sont présents dans les séances parce qu'ils aiment bien ce qu'on fait. Ils trouvent ça génial, voilà, c'est leur truc, dire : "Ah c'est génial ! Je peux rester ?" Et des fois, ils sont même en surnombre, mais, parce qu'ils sont contents de voir comment la parole est libérée dans cette séance-là, qu'eux, ne font pas, parce que, eux, sont sur un autre mode de contrainte. Et souvent, ils sont frontaux avec leurs résidents. Donc, là, d'un coup, ils imaginent un peu autre chose. Après, pour eux, le refaire, non, ils ne s'en sentent pas capables. C'est-à-dire, pour eux, on fait intervenir quelqu'un, c'est pour une plus-value qu'on réutilisera. » (F., Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

Les interventions permettent dès lors aux professionnels d'effectuer un décentrement par rapport à leurs pratiques habituelles, ce qui est en mesure de changer durablement leurs postures et leur capacité à comprendre les situations exprimées par les personnes accueillies. Les partenariats avec les centres médico-psychologiques permettent aussi de décharger en partie les professionnels, mais également de leur donner des techniques pour accompagner les troubles psychiques :

« Là, notre partenaire essentiel, ça va être de travailler avec le CMP pour réorienter. Mais c'est vrai que sur les deux personnes accueillies, on avait reçu, quand même, deux personnes avec des profils psy + +. » (A., Cheffe de service en structure de solidarité)

Enfin, les partenariats permettent de fluidifier les parcours des personnes accueillies en C.H.R.S. en faisant gagner du temps dans la gestion des dossiers par exemple :

« Donc, on essaie d'activer le truc avec le SIAO pour leur dire : "il en est où le dossier ?" Parce qu'on sait que le SIAO a un délai de traitement qui est... aujourd'hui, je ne sais pas à combien c'est, mais... Et puis, après, une fois que le dossier est envoyé à la structure, que la structure accueille la personne, etc.

Donc, ça prend du temps. » (G., psychologue en C.H.R.S.)

Prendre et appliquer une décision vis-à-vis de sa santé

Ce deuxième chapitre s'intéresse essentiellement à la capacité des personnes accueillies en C.H.R.S. à prendre des décisions concernant leur santé et à appliquer ces décisions favorables à la santé, lesquelles capacités sont des dimensions de la littératie en santé.

Il y sera question tout d'abord de la quasi-absence des personnes accompagnées dans la définition des politiques d'établissement qui les concernent. Qu'il s'agisse de politiques portant sur l'autorisation ou l'interdiction des consommations au sein des structures ou sur l'organisation de la vie quotidienne, il apparaît que les professionnels prennent généralement des décisions pour les personnes qu'elles accompagnent. Dans les lieux ayant expérimenté des techniques de participation et d'implication des personnes accueillies, le diagnostic montre une tendance à l'autonomisation des personnes et semble indiquer une amélioration de la confiance en soi.

Ce deuxième chapitre interroge ensuite la capacité concrète des personnes accueillies en C.H.R.S. d'appliquer des décisions favorables à la santé et des implications que ces décisions ont dans leur vie quotidienne, dans leur rapport à l'espace et au temps, en particulier pour les usagers de drogues.

Ensuite, ce chapitre se penche sur l'importance des environnements physiques dans la capacité à prendre et appliquer une décision vis-à-vis de sa propre santé et interroge au sujet du rôle de l'incarcération dans l'augmentation ou la diminution de la consommation.

Se repositionner comme acteur et sujet

Les entretiens réalisés ont montré qu'une large partie des personnes accueillies en C.H.R.S. ne participaient pas à la définition des politiques des établissements. Cela concerne également le fait d'autoriser ou non la consommation en chambre, à laquelle une partie d'entre eux est opposé. Cette tendance à la non prise en compte de la parole des premiers concernés a d'ailleurs été observée par la recherche scientifique sur le sujet. Il y apparaît que, en dépit de la diversité des

expérimentations réalisées dans les C.H.R.S. pour intervenir sur l'alcoolodépendance, « rares sont celles dans lesquelles les buveurs participent à la définition de leurs cadres et de leurs fonctionnements. [...] Le buveur se retrouve ainsi privé de sa capacité de jugement sur ses consommations et sur la manière dont celles-ci sont appréhendées au sein de l'institution. » (Uribelarrea, 2023, p. 61).

Cette privation de la capacité de jugement sur sa consommation et sur les politiques des structures est d'ailleurs perçue par les personnes accueillies et relayée par une travailleuse sociale dans cet extrait :

« Ils vont avoir une représentation, pour beaucoup, qu'ils ne comptent pas, que leur voix ne compte pas, ça, c'est sûr, pour tout ce qui est politique, pour tout ce qui est aménagement, pour tout ce qui est : "on ne les entend pas, on ne vient pas les solliciter". » (F., travailleuse sociale en structure d'addictologie).

Les personnes accueillies en C.H.R.S. ayant répondu aux entretiens reconnaissent la faible efficacité des mesures appliquée sous contraintes :

« On avait un résident, il était en cure, machin... il est ressorti de cure, il a recommencé de plus belle. Mais pourquoi ? Parce qu'il a été obligé, ça n'était pas de son propre chef et, au final, il a replongé encore pire. » (D., C.H.R.S. d'insertion)

Les répondants aux entretiens estiment donc que la négation de leur capacité à être sujet de leur prise en charge joue un rôle dans le rejet des informations de santé, comme en témoigne le refus de la vaccination lors de la pandémie de Covid-19 pour une large part d'entre eux, mais aussi dans l'application des informations favorables à la santé. En revanche, plusieurs d'entre eux ont dit souhaiter animer des actions ou activités de prévention en addictologie, surtout auprès des plus jeunes, considérant être des témoins légitimes pour traiter du sujet. Certains chargés de prévention mobilisent aussi ce désir d'être acteur afin d'intervenir dans les C.H.R.S. :

« Et puis, l'idée, c'est de les mettre acteurs, et qu'ils puissent proposer, soit de créer des outils s'ils le souhaitent, pour, ensuite, être un petit peu des référents... pour être sur une démarche, effectivement, de prévention par les pairs. » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Quelques expérimentations locales d'hébergement ayant mis au cœur de leur fonctionnement la participation des résidents éclairent le constat de ce diagnostic.

En l'occurrence, le projet nancéien du « Village de l'insertion » a fait l'objet d'une fiche de capitalisation co-écrite par l'Association Accueil et Réinsertion Sociale et Promotion Santé Grand Est (Barbay et al., 2023)⁶. Les habitants ont été invités à définir les règles de fonctionnement et organisent eux-mêmes la vie du lieu. Ce travail participatif a pour objectif affiché de favoriser une symétrie dans la relation entre professionnels et habitants. Être à l'écoute et se montrer disponible apparaissent comme des stratégies essentielles pour cela. Cette horizontalité permet de changer les représentations des personnes vis-à-vis des professionnels et contribue aussi à la création d'un lien de confiance.

Cette expérimentation sociale permet de replacer les résidents en acteurs et d'accepter que le professionnel ne puisse pas définir à la place des personnes ce qui leur convient ou ce dont elles sont capables.

Par ailleurs, ce mode de fonctionnement a permis aux professionnels d'observer un meilleur accès aux droits et aux soins, d'une part grâce aux partenariats en place, mais également avec le développement de l'autonomie des habitants conduisant à une prise d'initiative individuelle. Par exemple, un habitant a décidé et entrepris de prendre un rendez-vous chez le médecin, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps. La vie au Village semble également avoir un effet positif quant aux consommations addictives, avec une réduction des consommations, voire une entrée dans un traitement de substitution.

Ce que signifie « appliquer une décision concernant sa santé »

Les professionnels reconnaissent volontiers que l'une des limites à la littératie en santé des personnes accompagnées en C.H.R.S. tient dans la capacité à appliquer des décisions au sujet de leur santé, et à fortiori, en lien avec l'addiction.

Il faut en effet tenir compte des stratégies développées au quotidien par les personnes qui ont pu se sevrer ou réduire leur consommation afin d'éviter toute rechute, ou consommation. Ces stratégies d'évitement ont un impact important dans leur rapport à l'espace et aux temps, et révèlent la nécessité d'une maîtrise constante de soi et de son environnement. L'autodiscipline est alors érigée comme une valeur cardinale, ce qui peut parfois expliquer l'intolérance dont certaines personnes accompagnées en C.H.R.S. font preuve à l'égard de ceux qui ne se maîtrisent pas. Cela tendrait à expliquer pourquoi, bien que conscients des freins

⁶

https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/capitalisation/CapPart-Village_sans_pr%C3%A9tention.pdf
Litter'agir sur les addictions - 2024

environnementaux, sociaux ou économiques, les personnes rencontrées lors de ce diagnostic adoptent un discours très individualisant, voire culpabilisant vis-à-vis de ceux qui ne se « prennent pas en main ». La maîtrise de soi, et par extension la maîtrise de ses consommations, est abordée par une chargée de prévention lors d'un entretien. Elle voit dans cette valeur un levier permettant de susciter la réduction de la consommation chez les personnes qu'elle accompagne :

« A un moment donné, quand leur consommation l'emporte, ils sentent que ça peut remettre en question les valeurs auxquelles ils tiennent, pour eux, ça peut être aussi une motivation à dire : "ce serait bien que je puisse diminuer, pour que je puisse, quand même, faire mon taf ". » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

En plus de la maîtrise de soi, la maîtrise de l'espace et du temps sont apparus comme deux éléments importants, dont le contrôle permet de favoriser l'application de mesures favorables à la santé. En revanche, cette maîtrise est particulièrement compliquée pour les personnes accueillies en C.H.R.S. et qui cherchent à réduire fortement ou à arrêter leur consommation.

« Quand je vais à Strasbourg, je sais où je ne dois pas aller. Je dis : il faut pas que j'aille au quartier, il faut pas que j'aille... il faut que je reste en ville, je me balade. Et encore, là, c'est pas sûr qu'il n'y en a pas un qui va t'alpaguer, qui va te proposer un joint. Et c'est partout, maintenant, c'est partout. Ça s'est banalisé, c'est plus que dans certains quartiers où... c'est partout. J'en ai vu un, la dernière fois, là, il y a trois semaines, il était là, assis, au coin de l'église, avec sa fiole d'ammoniaque, sa cuiller, sa coke, et il était en train de baser sa coke au coin de l'église ! » (M., C.H.R.S. d'insertion)

Cet extrait d'entretien témoigne du rapport à l'espace qui naît de la consommation quotidienne de produits addictifs et de l'expérience sociale qui en résulte. Les signes et les symboles associés à la drogue sont extrêmement visibles, tant pour ceux qui consomment que pour ceux qui ont cessé de consommer. L'espace public est toujours vu comme un danger parce qu'il est un espace de consommation par excellence où l'on se retrouve « pour des moments importants de sociabilité axés sur la discussion, l'échange d'informations et la consommation, "en attendant", car l'attente est partie intégrante du quotidien des sans-abri (Lanzarini, 2000). » (Besozzi, 2021). Chaque rue, chaque lieu et chaque personne éveille le souvenir des habitudes passées et fortement ancrées même après des périodes sans consommation. L'envie qui y est associée est alors source de douleur pour les personnes qui

préfèrent parfois éviter de se déplacer dans la rue, ou cherche par tous les moyens à trouver des parcours sécurisés. Aussi certains parlent-ils d'un « radar à toxico » qui s'active dès le premier signe de consommation repéré. Qui plus est, ceux qui ont pris l'habitude de consommer à l'extérieur, soit parce que les lieux (domicile parental, foyer ou hébergement) qui les accueillait ne toléraient pas la consommation, soit parce qu'ils étaient fermés la journée, soit parce que la consommation se fait avec un entourage que l'on retrouve dans la rue, connaissent, presque par instinct, les cachettes des autres consommateurs.

C'est ce que reconnaît cette directrice d'un C.H.R.S. de Meurthe-et-Moselle dans lequel la consommation est interdite :

« Si tu te balades autour, tu trouveras des bouteilles ou d'autres produits dans chaque buisson, dans les armoires électriques, dans tout ce qui peut ressembler, de près ou de loin à une cachette... et les gens le savent... comme ils ne prennent pas le risque de rentrer avec de l'alcool, ils planquent les bouteilles. Sauf que à partir d'un moment, tout le monde connaît les planques, donc il y a du vol, des disputes... » (P., Directrice d'un C.H.R.S. de stabilisation et d'un LHSS)

Pour les personnes sevrées, l'environnement extérieur et urbain apparaît donc comme une limite dans sa capacité à appliquer une décision de santé et la mise en œuvre une information positive pour sa propre santé.

Penser le rapport au temps dans la réduction de la consommation

Le quotidien des personnes accueillies en C.H.R.S. les expose à des situations à risques en matière de pratiques addictives. Si l'espace public apparaît comme un danger et affecte la capacité des personnes à appliquer des informations ou des décisions en santé, il apparaît que le rapport au temps est un facteur de risques ou de protection dans la réduction des risques et des pratiques addictives. L'environnement, et en particulier l'environnement social, est un déterminant important de la santé des personnes.

Pour les personnes qui ont cessé de consommer, qui prennent un traitement de substitution, certaines périodes et certains moments dans l'année apparaissent difficiles dans la mesure où ils les renvoient à des traumatismes, des douleurs et plus

généralement à leur existence. Ces périodes révèlent ainsi leur situation passée mais aussi leur situation actuelle. Les dates anniversaires, de soi, de personnes proches ou d'évènements sont autant de moment qui invitent à la consommation :

« Il y a des anniversaires, aussi....qu'il ne faut pas se souvenir... où tu as eu des drames dans ta vie. » (M., C.H.R.S. d'insertion)

« Pendant les fêtes, c'est des moments que j'aime pas... des trucs comme ça... Il y a des moments où ça dure quinze jours, un mois...où ça va vraiment pas. Je tire la gueule, j'ai envie de rien... » (S., C.H.R.S. d'insertion)

Pour les équipes des structures d'addictologie comme pour les professionnels des structures accueillant des personnes en situation de grande précarité, ces dates et périodes sont autant de moment où la vigilance s'impose car elles peuvent être synonyme de reprise ou d'augmentation de la consommation.

« Ah, c'est de l'isolement, hein. Avant Noël, ils pensent qu'ils vont tous pouvoir repartir dans leurs familles, et puis, finalement, il n'y a pas d'appel, les familles n'appellent pas. Oui, c'est un peu tendu, les périodes des fêtes, ici, dans les centres d'hébergement, mais je pense que c'est vraiment tous les centres d'hébergement. C'est que ça leur renvoie qu'effectivement, ils sont seuls et qu'il n'y a pas trop de famille et de soutien autour. Donc, on est toujours très vigilants au moment des fêtes de Noël parce qu'il y a des papas qui ne peuvent pas revoir leurs enfants ou leurs parents... » (A., travailleuse sociale en C.H.R.S.)

En plus des périodes de fêtes ou des dates symboliques, les débuts de mois sont aussi des moments à surveiller en raison du versement des revenus. Il s'agit alors de moment de plus grande consommation (au sens d'achats) :

« Donc, forcément, en début de mois, à l'arrivée des ressources, c'est une période un peu à surveiller, parce que généralement, c'est là qu'il y a des excès. » (M., Travailleur social en C.H.R.S.)

Dans la maîtrise de l'espace, la gestion du temps s'impose également. En effet, rester trop longtemps à un endroit précis peut être source de désir, mais augmente également le risque de croiser une personne de son environnement social que l'on

Litter'agir sur les addictions - 2024

ne souhaite pas rencontrer et qui peut encourager des consommations :

« Et même quand je les croise, eh ben, je leur dis "salut", mais je tourne les talons, je pars, je reste pas avec, parce que si je reste avec dix minutes de trop... "ça va ? Viens à la maison..." Et c'est déjà trop tard. Là, c'est déjà trop tard. » (K., C.H.R.S. d'insertion)

La maîtrise du temps est un élément important dans la réduction de la consommation et apparaît dès lors comme une source de satisfaction. En effet, la gestion de la consommation passe par un découpage de la journée et le compte des heures avant lesquelles il n'y aura aucune consommation :

« Je m'impose aussi des limites. Je ne vais pas... le matin, à 10 heures, déjà, aller picoler au bistrot. Quand je commence à boire, en général, il est 13h, midi... 13 heures, 14 heures... des fois, même ! Si j'ai rendez-vous à 15 heures, je vais même attendre après le rendez-vous. » (V., C.H.R.S. d'insertion)

Cette maîtrise du temps fait écho au fait que les consommations sont ritualisées et rythment la journée. Les professionnels de l'addiction ont bien conscience de cette nécessité de travailler sur la gestion du temps et c'est la raison pour laquelle ils mettent en place, comme les travailleurs sociaux, des temps d'ateliers, de rencontres ou d'échanges qui sont autant de moments de non-consommation. Aussi, le temps peut-il être mobilisé comme un levier pour mettre en œuvre des comportements favorables à la santé ou à la réduction des risques :

« Les temps qu'on propose ensemble, c'est des alternatives à la consommation ; pour eux, ils le voient comme ça. Même ils en oublient de fumer. On repousse les choses. » (F., Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

« C'est-à-dire que quelqu'un qui est dehors, qui se murge son pack de bière pour rentrer à l'heure ici ; autant qu'il le prenne son pack de bière, mais sur la journée, en étant posé dans son appart... » (G., Psychologue en C.H.R.S.)

L'importance du lieu d'accueil pour renforcer l'application des décisions favorables à la santé

Si les différents dispositifs d'accueil entraînent des normes différentes en matière de consommation, certaines plus contraignantes que d'autres pour les personnes

accueillies, il semble que celles-ci sont d'autant mieux acceptées que les hébergements sont perçus comme des lieux à soi, comme un « chez-soi ».

Ainsi, le fait d'avoir un lieu à soi apparaît comme un levier de stabilité pour les personnes concernées :

« Tu te sens déjà un peu chez toi, donc, voilà... Après, il y a les trucs de tous les jours, hein... Il faut se faire à manger, il faut faire son linge... voilà... c'est un peu ton appartement... Ça nous met déjà dans un rythme, en fait. Ça nous prépare, déjà... » (K., C.H.R.S. d'insertion)

Les sciences sociales ont illustré l'importance d'avoir un lieu où habiter, de jouir d'un logement qui soit « le siège de l'intimité, le lieu où la subjectivité se déploie avec sérénité » (Marchal, 2009, p. 413). Ce lieu à habiter développe la capacité d'être « sujets » de ceux qui y résident.

L'environnement est une ressource pour faire face aux situations du quotidien et éviter l'isolement social ou la désaffiliation⁷. Par ailleurs, l'environnement, et plus encore, le lieu d'accueil ou d'habitat apparaît chez les personnes rencontrées comme un soutien dans l'application des mesures et informations favorables à la santé. Les entretiens témoignent de l'attachement à leurs lieux de vie et, quand les relations se passent bien, à leurs cohabitants :

« On n'aurait pas ce toit-là sur la tête, on serait tous dehors. On fait comme on peut, tu vois, mais on ne va pas s'enfoncer encore. Je ne vais pas aller ramener de la coke ou de la came ou... pour les enfoncer. Non, au contraire, tu vois... mieux l'éviter, quoi. » (F., C.H.R.S. d'insertion)

Pour les personnes interrogées, la qualité du lieu permet de favoriser, pour eux, de bonnes relations sociales. Aussi indiquent elles en creux que plus un lieu est susceptible d'apporter du confort et plus il renforce le lien social et le respect des habitants entre eux. Ce n'est pas rare d'entendre lors des entretiens le récit du soutien des uns lors des moments difficiles des autres. L'importance de la question du lieu d'accueil se révèle notamment dans l'évocation des autres structures dans lesquels les personnes ont résidé et l'impact que ces autres structures ont eu sur leur sentiment de bien-être et parfois sur l'augmentation de la consommation.

⁷ Ce terme forgé par le sociologue Robert Castel désigne l'effritement du lien social, de ce qui attache une personne à des groupes sociaux.

« Et l'association qui gère ici avait décidé que chaque résident qui a le covid soit rapatrié dans une structure à Schiltigheim (Alsace), pour gérer la semaine de quarantaine, de confinement. Ça a été compliqué, parce que c'était n'importe quoi, vraiment c'était dégueulasse... J'étais vraiment au bout de ma vie... » (E., C.H.R.S.)

Cet extrait d'entretien illustre le changement brutal de lieu d'hébergement au début de la pandémie de Covid-19 pour y confiner les personnes contaminées. En miroir, ce changement révèle l'attachement au lieu d'habitat habituel et combien il peut être vecteur de repères pour les personnes interrogées.

L'environnement a aussi son importance dans les parcours de déconsommation ou d'arrêt de la consommation chez certaines personnes. Ainsi, les entretiens ont montré que le fait de revenir en C.H.R.S. après une cure pouvait être un frein pour continuer à appliquer les mesures travaillées lors de ces séjours thérapeutiques.

« Les gens qui vont partir en cure, ça va marcher, et puis, ils vont revenir ici, ils se retrouvent de nouveau dans un... C'est difficile, en fait... » (H., travailleur social en C.H.R.S.)

Le retour en C.H.R.S. apparaît comme une stagnation voire un recul dans la biographie personnelle des personnes pour qui la cure était vue comme un progrès et une avancée. Les professionnels ont régulièrement expliqué lors des entretiens combien il était important de faire rimer ces cures à des changements de lieux de vie sans quoi ces dernières, qui sont assez rares, apparaissent contreproductives.

En revanche, d'autres personnes et professionnels des structures expriment que la composition sociale des lieux d'accueil et les relations entre résidents peut représenter un frein dans le parcours de déconsommation des personnes addictes et entraîner des tensions entre les personnes accueillies en C.H.R.S. :

« La personne un peu alcoolisée qui vient toquer chez toi à 23 h 30 pour te taxer du tabac, du sel, du poivre. Et ça peut faire monter un peu les tensions, surtout que sur l'hébergement pour couples, moi, j'ai des horaires bureau. C'est-à-dire que le soir, ou la nuit, il n'y a personne. Et c'est là que ça peut, un peu, du coup, monter. » (H., Travailleur social)

Les relations entre personnes accueillies peuvent rapidement se tendre compte tenu de mauvaises « relations de voisinage », entraînant un sentiment de mal-être, et les demandes régulières de menus services peuvent également peser sur les relations sociales. Parfois, il peut aussi s'agir de personnes qui encouragent la consommation de ceux qui ont souhaité cesser ou diminuer la consommation.

Pour comprendre le milieu et l'environnement, qu'il soit physique ou social, des personnes accueillies en C.H.R.S., il est nécessaire aussi de tenir compte des jeux et rapports de pouvoir qui existent entre elles. Thibault Besozzi dans ses différents travaux portants sur la marginalité urbaine décrit l'organisation sociale et normative du monde de la rue, il y décrit les stratégies développées par les « groupes dominants » et les « groupes dominées ». Il écrit notamment que « le recours systématique à l'assistance n'est pas un attribut des dominants, qui y voient une forme de soumission et de dépendance inacceptable. Parallèlement, la (forte) dépendance à des drogues dures, à des médicaments ou à l'alcool est dévalorisante en cela qu'elle engendre des états léthargiques peu compatibles avec une position dominante, sans compter sur le fait que la dépendance physiologique reste une dépendance et est par conséquent dévalorisante : les « camés », qu'ils soient hommes ou femmes, font partie des dominés, se font régulièrement exploiter et dépendent d'ailleurs souvent des dominants pour s'approvisionner » (Besozzi, 2021). En C.H.R.S., le couple dominant/dominé fonctionne également. Il a été montré que la dépendance à la drogue était largement dévalorisée, car cette situation remettait en question la valeur de maîtrise de soi qui semblait centrale chez les personnes rencontrées. Par ailleurs, la dépendance de certains est alimentée par la vente de produit par d'autres. En plus de limiter la capacité des personnes à appliquer une décision favorable à leur santé, ces types de relations marchandes peuvent entraîner des dettes, de l'exploitation et de la violence. Il semble par ailleurs que les rapports de pouvoirs soient d'autant plus tus que les règles en matière de consommation dans les structures sont prohibitives.

Le rôle paradoxal de l'incarcération dans la réduction ou l'augmentation de la consommation

Plusieurs personnes interrogées dans le cadre du diagnostic ont fait comprendre, plus ou moins clairement, qu'elles avaient connu des périodes d'incarcération. Lorsqu'il a été possible, des questions ont été posées sur la sortie de détention, mais

également sur leur consommation de substances pendant et après leur incarcération.

La prison est un passage fréquent dans la vie d'une bonne partie des personnes les plus précaires ayant connu des expériences de rue.

Dans un article scientifique récent, la sociologue Laura Delcourt s'est intéressée aux parcours des personnes sans-abri et notamment à leur trajectoire carcérale. Elle y note que « contrairement aux représentations de l'univers carcéral, qui l'associent au grand banditisme ou au parcours de celui ou celle qui perd tout, la prison accueille surtout en son sein une population en situation de précarité socio-économique et notamment des sans-abri » (Delcourt, 2020, p. 85).

Elle y indique par ailleurs que, dans les années 2010, plus de la moitié des personnes entrant en détention étaient dépendantes à des produits tels que l'alcool ou les stupéfiants. Les études menées sur le sujet, comme les entretiens réalisés dans ce diagnostic indiquent que la prison peut agir soit dans la réduction des consommations, soit comme un lieu d'augmentation de la consommation. « La prison peut effectivement être un recours dans la consommation de drogues, permettant, au même titre que les hospitalisations, de faire des pauses. Certaines personnes vont même jusqu'à provoquer leur mise sous écrou... » (Delcourt, 2020, p. 98). Si aucune des personnes que nous avons rencontrées n'a provoqué sa mise sous écrou avec comme objectif de cesser la consommation, il reste que certains nous ont bien exposés les difficultés auxquels ils faisaient face, comme en témoigne cet extrait d'entretien :

« En prison, ils distribuent. Tu demandes au médecin, des médocs, il t'en donne, c'est pas un problème. Au contraire, j'ai toujours fait l'inverse, quand j'étais en détention. J'ai toujours tenté d'arrêter tout, pour sortir, être clean... Mais malheureusement, en sortant j'ai replongé, parce qu'il n'y a pas de cadre vraiment... et trois fois j'ai arrêté, trois fois je suis ressorti... et trois fois, j'ai repris... je me dis, si là, maintenant, j'arrive à arrêter de moi-même, à l'extérieur, pour une fois, tout seul, sans être incarcéré, ça sera déjà un grand pas. » (S. C.H.R.S. d'insertion)

Le rapport à la prison s'exprime ici dans toute sa complexité. L'arrivée en prison peut être un levier dans l'arrêt temporaire de la consommation et dans le sevrage. Mais la mise sous écrou peut aussi entraîner une dérégulation de l'usage des drogues en prison, à cause de la prise de médicaments pour remplacer la prise de produits.

L'article de Laura Delcourt met en lumière la pluralité des expériences de la prison et il apparaît que l'usage de drogue est presque un point de passage obligé. Pour des personnes connaissant une prise en charge institutionnelle dès le plus jeune âge, la drogue peut être à l'origine d'actes entraînant la prison venant elle-même renforcer l'usage de drogue. Il y a ceux qui rentrent en prison en raison de pratiques addictives (alcool/drogue) ce qui peut entraîner une augmentation de la consommation de drogue ou son démarrage. Les sorties de prison, largement idéalisées par les détenus, participent de la rechute alcoolique ou toxicomaniaque lorsqu'elles ne sont pas accompagnées.

À ce titre, et comme l'illustre l'extrait ci-dessus, la sortie est un moment singulier et « l'extérieur » apparaît comme un motif de reprise de la consommation, en raison, comme nous l'expliqueront des travailleurs sociaux, de l'isolement et de la désaffiliation liées à la prison, des sorties « sèches » (c'est-à-dire non ou mal préparées), des influences de l'entourage, du manque de travail, du délai pour obtenir une ordonnance pour un substitut, etc.

Littératie organisationnelle des C.H.R.S.

Ce troisième chapitre s'intéresse aux pratiques existantes dans les C.H.R.S., appliquées par les directions et les travailleurs sociaux afin de tenir compte des questions liées aux addictions. Ces pratiques révèlent aussi des tensions entre pratiques, valeurs, réductions des risques, etc.

Ce chapitre illustre comment les établissements accueillant des personnes en situation de grande précarité contribuent à améliorer le niveau de littératie des personnes accueillies. En somme, il s'agit d'interroger la littératie organisationnelle, c'est-à-dire la capacité d'une structure à améliorer le niveau de littératie de ses usagers.

Bien que la majorité des professionnels des structures n'utilisent pas le concept de littératie en santé et sont nombreux à ne pas connaître l'ensemble des dimensions inhérentes au concept, le diagnostic montre qu'ils contribuent déjà, sous bien des aspects, à améliorer le niveau de littératie de ceux qu'ils accueillent.

Il sera question tout d'abord d'évoquer les différentes approches vis-à-vis de la consommation en établissement, qui dépendent largement des dispositifs existants. Ensuite, le chapitre de ce diagnostic abordera l'enjeu de l'autorisation ou de l'interdiction de la consommation à l'intérieur des établissements, réflexion en cours dans de nombreuses structures et qui possèdent des avantages et des inconvénients que les participants aux entretiens ont permis d'identifier.

Le chapitre reviendra ensuite sur les représentations sociales et l'imaginaire associé aux consommateurs de drogues puis questionnera la place très particulière de l'alcool dans cette réflexion sur les addictions.

Le présent chapitre s'intéressera ensuite aux actions et aux pratiques mises en place dans les C.H.R.S. pour accompagner la réduction des risques, et *in fine*, améliorer le niveau de littératie en santé des personnes accueillies.

Enfin, il sera question de l'opérationnalisation de la confiance dans la relation accompagnant/accompagné en C.H.R.S., laquelle apparaît comme une valeur cardinale et comme un levier d'action pour les personnes interrogées.

Pour conclure, la période de la pandémie de Covid-19 sera abordée, car elle a favorisé la transformation des politiques des établissements, mais a aussi constitué une période où la santé publique est apparue comme un sujet de débat éclairant ainsi la littérature en santé.

Des approches différentes selon les dispositifs

Les entretiens auprès des professionnels illustrent une grande variété des formes d'habitat dans le champ de la solidarité. Outre les C.H.R.S. d'insertion, de stabilisation ou d'urgence, les associations de solidarité proposent une offre de services variée appuyée sur des dispositifs très différents.

Il peut s'agir d'habitat diffus, d'appartements en collocation, des lieux d'accueils inconditionnels ou « à très bas seuil d'exigences », etc. Le travail de diagnostic a montré que les politiques en matière de santé et d'addictions pouvaient être différentes pour chaque dispositif, ce qui n'est pas sans questionner les professionnels et les usagers. Aussi est-il possible, dans un même espace de trouver un C.H.R.S. dans lequel la consommation en chambre est entièrement proscrite, un LHSS où l'alcool peut être délivrée pour sa « qualité soignante » (Uribelarrea, 2023) et un espace composé de bungalow, installé dans le cadre du dispositif « Un chez-soi d'abord », et où les personnes peuvent consommer dans leur chambre ou dans les parties communes à condition que cela n'entraîne pas de débordements en la matière. Aussi, des normes en apparence contradictoires coexistent dans un même lieu faisant comme si chaque dispositif possédait sa propre règle vis-à-vis de la consommation. Il faut aussi tenir compte du fait que chaque dispositif s'inscrit dans des réglementations différentes en raison des types de logement dont il s'agit. Selon que la personne soit locataire d'un appartement, sous-locataire auprès du C.H.R.S. ou hébergé « à titre gratuit » dans une structure considérée comme un lieu de soin, il ne jouira pas des mêmes droits.

Ce constat témoigne du fait que des philosophies d'accompagnement différentes président à l'organisation des lieux et à la gestion ceux qui y reçoivent un accompagnement. Outre la particularité du statut d'occupation des logements, les équipes encadrantes n'imposent pas les mêmes règles à tous, selon que les

personnes soient plus ou moins marginalisées ou plus ou moins concernées par les addictions, par la reprise d'un emploi ou par la stabilisation.

Ces différences de traitement sont généralement justifiées par des raisons sanitaires et épidémiologiques ou par des objectifs de responsabilisation individuelle. En effet ils peuvent être directement négociés avec la personne accompagnée à l'arrivée dans l'établissement ou lors de son accompagnement individuel. Cependant cette situation fait l'objet d'interrogations de la part des personnes accueillies qui voient des logiques d'intervention contradictoires qui révéleraient un manque de fermeté envers ceux qui consomment.

Interdire ou autoriser la consommation : un débat nécessaire en structure

Interdire ou autoriser la consommation en établissement est une interrogation partagée par les structures investiguées. Certaines ont autorisé la consommation en chambre, d'autres y songent ou y travaillent, d'autres l'autorisent pour certains dispositifs ou dans certaines parties de l'établissement. Ces interrogations s'inscrivent dans la tendance générale vers la réduction des risques des politiques publiques en matière d'addiction et dont le « fondement [...] consiste à renoncer à l'unique solution de l'éradication des drogues, à apprendre plutôt à vivre avec les drogues et à s'adapter aux besoins de l'utilisateur, en fonction de là où il en est de sa trajectoire » (Jauffret-Roustide, 2009, p. 115).

Parmi les professionnels des structures qui n'autorisent pas la consommation en chambre, plusieurs nous ont expliqué leur insatisfaction face à cette situation qu'ils jugent souvent contreproductive :

« C'est pas autorisé chez nous, mais après, ça devient, même, pénible dans l'accompagnement, parce que ça fait un peu le jeu du chat et de la souris. Nous, c'est interdit, mais on ne va pas être non plus dans quelque chose que si on ouvre une porte et qu'on voit des cadavres de bouteilles, on ne va pas être dans : "ah, tu sors de la structure, t'avais pas le droit de boire". C'est que ça va nous permettre, juste d'avoir un petit levier. » (S., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

« La pratique, c'est plutôt : pas vu, pas pris. Parce qu'en gros, on sait qu'il y a des gens qui consomment, on sait à peu près qui consomme, qui consomme quoi. Mais effectivement, pas vu pas pris. Je sais que ça sent le

shit quand on rentre dans leur chambre, mais je ne t'ai pas vu avec un joint, ben, tant pis ! » (G., psychologue en C.H.R.S.)

L'insatisfaction des professionnels vient des situations paradoxales vécues en raison de l'interdiction et de la perte du sens résultant de cette interdiction. Ces derniers savent que les personnes accueillies consomment en chambre ou avant de rentrer dans l'établissement, mais ne peuvent que difficilement aborder le sujet avec eux. Surtout, l'interdiction conduit les personnes accueillies à adopter un discours conforme au règlement et donc à passer sous silence leurs usages de drogues ou leurs addictions. Comme cela n'est généralement pas ou peu abordé lors des entretiens individuels ou dans les projets personnalisés, l'accompagnement ne se concentre pas sur la diminution ou la réduction des risques.

Par ailleurs, les exclusions pour cause de consommation sont rares, car il faut que celui-ci soit vu en train de consommer des produits, or l'accès aux chambres est soumis à la loi et la violation de l'espace privé est passible de poursuites pénales. Quand c'est le cas, et que les professionnels voient des produits ou des pratiques de consommation, leur réflexe est moins de faire respecter la règle que d'encourager la prise en charge de la personne par un professionnel de l'addictologie. Par ailleurs, ils ont conscience qu'exclure une personne accompagnée ne ferait qu'accroître la précarité et les difficultés de celle-ci, surtout si elle fait preuve de volontarisme dans d'autres domaines comme l'emploi par exemple. Ainsi l'autorisation de la consommation pourrait servir de levier pour amener les personnes vers le soin, mais aussi vers l'autonomie comme l'indique cet autre extrait d'entretien :

« La décision n'a pas encore été actée, mais nous, on a émis l'idée d'accepter les consommations dans les chambres, parce qu'on est partis du principe qu'on est censés préparer les gens à l'autonomie en appartement, et voir comment ils gèrent l'alcool... en termes quotidien, ça peut être bien. Et puis, que c'est un peu hypocrite. Au pire, ils vont boire devant, vite fait, et puis rentrer, ça ne change pas grand-chose au problème, je trouve. » (H., Travailleur social C.H.R.S.)

La pandémie de Covid-19 a, semble-t-il, fait bouger les politiques d'établissement en faveur de l'autorisation de la consommation en chambre. Ne pouvant sortir de la structure les personnes accueillies ont dû assumer leurs usages et ont dès lors pu

être accompagnées. Les professionnels ont d'ailleurs vu leurs postures se transformer avec ces nouvelles politiques d'établissement.

Toutefois, il faut noter que les personnes accueillies en C.H.R.S. rencontrées lors du diagnostic ont été nombreuses à s'opposer à la consommation en chambre ou à l'intérieur, considérant qu'il s'agissait de laxisme de la part des professionnels. Ils évoquaient alors les problèmes de comportement qui découlait de cette autorisation ainsi que la proximité avec des personnes addictes, figures repoussoirs dans les C.H.R.S.

Il faut d'ailleurs remarquer que les structures investiguées ont toutes pris la décision d'autoriser la consommation sans demander l'avis des personnes accueillies. Les professionnels de ces dernières étaient même généralement surpris d'entendre pour la première fois les personnes rejeter l'autorisation à l'occasion des entretiens collectifs. Dans certains cas, il est apparu que l'interdiction permettait un meilleur contrôle de la consommation, surtout lorsque des démarches de déconsommation avaient déjà été initiées.

« Moi, depuis que je suis sorti de détention, ça va faire un peu plus d'un an que je suis là, j'ai diminué de moitié mon traitement méthadone, je picole beaucoup moins qu'avant... Enfin, voilà... Non, franchement, je... Après, je le veux, aussi. Et le fait d'être ici, ça met un frein aussi. Si j'étais chez moi dans mon canapé, j'aurais une bière devant moi, et une clope ou un joint, et voilà. Alors que là... c'est pas possible. » (S., C.H.R.S. d'insertion)

Bien sûr certains professionnels et certaines structures n'envisagent toujours pas d'autoriser la consommation à l'intérieur des établissements en considérant que cela risquait d'encourager l'usage de drogues :

« J'ai quand même bossé avec une structure, cette année et c'était très disparate en fonction des professionnels. Il y avait des professionnels qui se sentaient très à l'aise pour l'aborder, et d'autres, qui ne voulaient pas forcément l'aborder, avec la crainte que ça pouvait être que la réduction du risque, c'était un peu valider la consommation, au final. Et ça, du coup, ils préféraient dire: "non, pas de consommation ici..." et puis ça se fait en extérieur, au moins on ne pourra pas avoir la crainte d'avoir "validé" cette consommation. » (N., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Certaines structures ont d'ailleurs vu dans l'intervention de Promotion Santé Grand Est pour le diagnostic la possibilité d'aborder le sujet de la consommation avec les membres de leurs équipes.

Parmi les arguments avancés pour soutenir l'autorisation de consommation, les professionnels avancent, il en a été question ci-dessus, la transparence et la possibilité d'aborder librement le sujet avec les personnes accueillies.

« Nous, on a une particularité, c'est qu'on tolère des consommations à l'intérieur de la structure, sur les chambres, et pas de consommations dans les couloirs, sur les espaces communs. Et du coup, c'est intéressant parce que c'est vrai que nous, ça nous amène une vision, où quand on fait le tour des chambres, on fait des visites surprises sur le ménage, sur l'entretien, sur comment ça va. [...] Et souvent, c'est là qu'on tombe sur des bouteilles, des résidents qui vont nous dire en entretien individuel, qu'il y a pas de conso, que tout va bien et donc pour lesquels il n'y a pas eu de suivi, il n'y a jamais eu d'intervention. » (V., Coordinatrice d'un C.H.R.S.)

Un autre argument en faveur de l'autorisation concerne la mise en sécurité des personnes accueillies, lesquelles se retrouvent à l'extérieur des établissements où la consommation est interdite et qui courent le risque de se voir agresser. Cet argument considère que les personnes sont vulnérables et qu'elles doivent être mises à l'abri :

« Ça crée une certaine sécurité. Ils sont plus alcoolisés à l'extérieur... l'extérieur, c'est la jungle... pour peu qu'ils soient un peu vulnérables et qu'ils soient repérés... Il fut un temps, quand ce n'était pas autorisé de pouvoir boire à l'intérieur... et c'est vrai qu'en plus, avec un temps comme ça, ils étaient en plein cagnard, ils buvaient, ils se faisaient dépouiller dans la foulée ! Parce que les bandes dans la rue, et les chefs de bandes savaient bien à qui ils avaient affaire et ils n'attendaient que ça. C'est que ça sécurise, quand même, pas mal, aussi... » (I., Chargée de prévention dans un centre d'addictologie)

« L'autorisation des consommations à l'intérieur des chambres, justement, dans le principe de pouvoir les amener plus facilement vers le soin. C'est-à-dire que... en plus, ces femmes, il y avait aussi une problématique de

prostitution. Donc, c'était plus simple de les garder à prendre les produits sur place, plutôt que, déjà, d'avoir des difficultés sur l'extérieur avec la prostitution et puis les macs et tout ça, parce qu'il y avait beaucoup de toxicomanie aussi. Et du coup, c'était de pouvoir les amener progressivement vers les soins, de les avoir sous la main pour pouvoir travailler avec elles la réduction des risques ou, en tout cas, les amener vers du soin. » (V., Educatrice spécialisée en C.H.R.S.)

Pour justifier l'autorisation de consommer à l'intérieur des structures, les personnes interrogées évoquent la possibilité de contrôler la consommation et ainsi d'accompagner l'autonomie travaillée par les structures et leurs salariés. L'ambition de l'accompagnement en C.H.R.S. est de permettre l'accès à un logement autonome, ce qui suppose une capacité de contrôler son budget, sa consommation et les effets de cette dernière afin d'éviter l'expulsion ou l'endettement qui conduirait à nouveau vers le sans-abrisme.

La création de nouvelles structures, l'expérimentation de dispositifs ou encore la restructuration des associations gérants des C.H.R.S. apparaissent comme autant de moments à l'occasion desquels la politique des établissements peut évoluer

« Au début, on n'avait rien mis sur l'alcool, la cigarette, etc., et on a juste rajouté que c'était interdit dans les parties communes, quand il y avait eu des débordements. Et on s'est dit : on verra si on réadapte ou si on réadapte pas, et puis, finalement, on a laissé comme ça. » (S., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Ainsi pour certains professionnels rencontrés, la nouveauté d'un lieu d'accueil permet plus facilement de proposer un règlement nouveau, tandis que pour des lieux où une pratique est ancrée depuis longtemps et dans lesquelles les professionnels ont développé des habitudes d'encadrement et un ensemble de normes associés à l'interdiction.

Dans certains cas, un même lieu fait coexister plusieurs politiques de tolérance vis-à-vis de la consommation, ce qui n'est pas sans poser des problèmes de cohérence dont ont bien conscience les personnes accueillies :

« Nous on comprend pas trop parce que... les autres là, derrière, ils peuvent

être tranquille dans le bungalowsans qu'on vienne les emmerder. Mais chez nous, bah si on prend une bière on va direct nous dire quelque chose, c'est pas logique leur truc... » (E., C.H.R.S.)

Cette partie du diagnostic fait apparaître la nécessité pour les structures de s'interroger au sujet des politiques d'établissement en matière de consommation. Ces politiques jouent un rôle dans la littérature en santé des personnes accueillies. L'autorisation facilite par exemple l'accès au droit et à l'information favorable à la santé en matière d'addiction, tandis que l'interdiction peut permettre une mise en application plus simple des décisions favorables à la santé. **L'autorisation, si elle se fait avec la participation des personnes accueillies, améliore la capacité des personnes à prendre une décision vis-à-vis de leur santé, que cette décision soit prise collectivement ou individuellement. Aussi semble-il important d'inviter les personnes concernées à participer à la décision concernant l'interdiction ou le refus de la consommation dans les établissements.**

La réprobation sociale des consommateurs en établissement

Lors des entretiens réalisés pour ce diagnostic, il est arrivé à plusieurs reprises que de vifs débats apparaissent au sujet de la consommation de produits en établissement. Ces éléments font ressortir les représentations associées à la consommation et à l'addiction chez les personnes accueillies en C.H.R.S. Il faut reconnaître que la toxicomanie est particulièrement mal vue et stigmatisée dans les établissements, même si une hiérarchie est faite entre les différents types de consommations et les produits. Aussi, l'alcool charrie t'elle son lot de représentations et la figure repoussoir par excellence est celle du « poivrot » qui « ne sait pas boire ».

« Ils nous cassent les couilles parce qu'ils picolent en bas des fenêtres, ils gueulent et puis ils foutent la merde... » (M., C.H.R.S. de stabilisation)

Ce type de propos a été beaucoup tenu dans les entretiens, surtout lorsque certaines personnes accueillies avaient des propos qui semblaient « hypocrites » pour d'autres.

De la même manière, les « camés », les « toxes » « crackheads » ou « schmakés » apparaissent comme autant de figures repoussoirs. L'impossibilité de se maîtriser est un élément sur lequel repose le jugement. Par ailleurs, l'image renvoyée par le

fait de vivre avec et au côté de ces personnes aux pratiques jugées nuisibles semble particulièrement difficile à assumer.

Les logiques de distinctions sont nombreuses chez les personnes accueillies en C.H.R.S. C'est aussi le constat que fait le sociologue Mathias Dambuyant qui a étudié les personnes sans-domicile placées sous surveillance électronique. Il s'aperçoit que le port du bracelet de surveillance empêche pour les personnes ayant des problématiques d'addiction de préserver leur image sociale au sein de la structure alors que, lorsqu'elles ne font pas l'objet de mesure de surveillance, « les personnes qui ont ces problématiques d'addiction peuvent consommer ailleurs, se rendre complètement invisibles pendant plusieurs jours, peuvent disparaître complètement de l'établissement et préserver leur image sociale... » (Dambuyant, 2020, p. 51).

Les professionnels rencontrés pour le diagnostic reconnaissent que cette image des usagers de drogues joue un rôle dans le récit que vont donner les personnes accueillies lors de leurs entretiens d'entrée ou lors des entretiens réguliers avec les travailleurs sociaux.

« C'est intéressant par rapport à la peur du jugement, quand ils arrivent. On sait qu'il y a des personnes qui ont dit : "moi, sur ce plan, j'ai menti parce que je ne voulais pas qu'on refuse de m'héberger", sachant que nous, notre seul critère, c'est d'avoir... d'être français. » (M., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

La place singulière de l'alcool

La consommation d'alcool en C.H.R.S. est un fait récurrent comme en témoigne la quasi-totalité des entretiens réalisés. Si toutes les personnes accueillies en C.H.R.S. ne consomment pas de l'alcool, elles considèrent presque toutes que l'alcool est « la pire des drogues », car elle est disponible dans de très nombreux lieux et dès le matin mais aussi parce que, comme le dit un homme d'un peu moins de quarante ans lors d'un entretien collectif : « sur tout ce que j'ai pris, je trouve que c'est quand même l'alcool le plus dur à arrêter, parce que ça rend vraiment malade quand on veut arrêter, aussi, surtout » (M., C.H.R.S. de stabilisation).

L'alcool a un statut qui semble bien particulier dans les C.H.R.S. mais aussi en dehors. Pour le sociologue Alain Ehrenberg, l'alcool s'apparente à une « drogue d'intégration » (1991) associée au plaisir. Il s'agit d'un produit fortement ritualisé favorisant le sentiment d'appartenance et le processus d'intégration dans un

groupe social. C'est ce processus d'intégration qu'explique un homme interrogé qui a travaillé sur des chantiers en Alsace avant de développer des troubles musculosquelettiques :

« Je travaillais avec des Alsaciens... t'arrives le matin, tu bois le café schnaps, après, t'as des bières, déjà. A midi, tu reprends encore du vin... Ensuite ils s'arrêtaient au bistrot et... à boire des coups jusqu'à 20 heures et à 20 heures et c'est comme ça tous les jours donc à un moment donné tu dis non et puis à un moment bah, tu ne peux pas trop résister. » (S., C.H.R.S. d'insertion)

« Aussi, celui qui ne boit pas d'alcool, l'abstinant, est un individu hors norme qui doit se justifier. Puisque boire fait du bien, crée du lien social, fait partie de l'histoire, de la culture et des rituels de la vie en société, pourquoi ne pas boire ? » (Beck, 2020, p. 203). Pour les personnes interrogées et ayant des problématiques d'alcoolisme, la difficulté à faire face à cette omniprésence de l'alcool est particulièrement marquante. Un autre homme nous explique :

« Moi maintenant je ne vais plus à l'épicerie, je ne vais plus en magasin, il y a de l'alcool partout, donc je demande à ce qu'on y aille pour moi. Mais je peux même plus faire mes courses pour ça... » (K., C.H.R.S. d'insertion)

La gestion de l'alcool en C.H.R.S. est un sujet toujours problématique à aborder comme l'indique cet extrait d'entretien avec une travailleuse sociale :

« On sait toutes que le seul produit qui, arrêté brutalement, peut entraîner la mort, c'est l'arrêt brutal de l'alcool. Et quand l'un ou l'autre de nos résidents rentre très alcoolisé, le premier réflexe sera d'aller chercher une bouteille d'eau et lui dire : "allez-vous reposer dans votre chambre, buvez de l'eau" Et on va même faire une petite vigilance... vigilance soin". » (L., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Pour des raisons liées à l'impossibilité d'arrêter entièrement la consommation d'alcool sans courir le risque d'un décès et en raison de la facilité d'accès à l'alcool, celui-ci est parfois toléré (quand la consommation n'est pas autorisée en chambre) ou en tout cas les travailleurs peuvent plus facilement adapter le cadre réglementaire pour autoriser l'accès à l'établissement et la mise à l'abri d'une personne fortement alcoolisée ou, au cas par cas, pour autoriser la consommation à l'intérieur.

Le sociologue Gabriel Uribelarrea a oublié en 2023 un article portant sur la « qualité soignante de l'alcool » dans un centre d'hébergement médicalisé accueillant des sans-abris. Il y montre notamment combien les travailleurs sociaux et les équipes soignantes ne jugent pas tant l'acte de consommer ou l'état de dépendance des personnes, mais jugent plutôt l'interaction entre le produit, la personne et le contexte dans lequel elle se trouve. « C'est-à-dire que les consommations sont qualifiées à l'aune de leurs conséquences, anticipées et observées, sur l'état de santé du buveur et sur les soins dans lesquels il est engagé. Si les professionnels considèrent cette consommation comme une prise favorisant l'accès aux soins du patient, ils peuvent lui aménager une place dans la structure en contournant l'interdit ; s'ils la définissent comme une emprise, au regard de ses effets néfastes sur la santé et l'accès aux soins du patient, ils maintiennent l'interdit réglementaire et sont susceptibles de chercher à couper le buveur de cette dépendance nocive. » (Uribelarrea, 2023, p. 42) Tout est donc affaire d'équilibre entre les normes en vigueur et la relation que les travailleurs sociaux vont avoir avec la personne accueillie.

La période de pandémie de Covid-19 et son évocation lors des entretiens donne à voir l'ambivalence avec laquelle l'alcool est perçu en structure d'hébergement :

« Donc, du coup, on a quand même apporté des bières, effectivement, pour des raisons purement sanitaires. Mais ça, c'est les petites exceptions qui font qu'aujourd'hui, on a une réflexion autre, et qui fait qu'on tend vers cette dynamique de réduction des risques... » (G., psychologue en C.H.R.S.)

Cette situation a par ailleurs contribué à une réflexion plus générale au sujet des consommations dans les établissements.

Quelles actions mises en œuvre dans les C.H.R.S. pour agir sur la consommation ?

Comme l'expliquent les personnes interrogées pour ce diagnostic, la consommation de drogues et d'alcool a été longtemps proscrite en C.H.R.S. Les personnes accueillies pouvaient être sanctionnées par des exclusions définitives si elles ne respectaient pas ces interdictions. Avec l'évolution des connaissances au sujet des addictions et le développement de stratégies de santé publique passant moins par l'interdiction que par la prévention et la réduction des risques, les stratégies répressives ayant montré leur inefficacité (Guillain, 2020), les politiques des établissements accueillant des personnes en situation de grande précarité ont progressivement évoluées vis-à-vis de la consommation. C'est ce qu'explique de façon indirecte un psychologue salarié dans un C.H.R.S. :

Litter'agir sur les addictions - 2024

« On l'a retrouvé avec des seringues partout dans sa chambre. Á un moment, on n'est pas stupides non plus. Mais l'idée, c'est : si on respecte le règlement, ce type, on aurait dû le mettre dehors. Finalement, on a quand même cherché à l'accompagner. » (G., psychologue en C.H.R.S.)

Le fait de souffrir d'addiction n'est aujourd'hui plus un critère d'exclusion systématique des C.H.R.S. et n'apparaît plus comme un « problème » que les personnes accueillies doivent régler avant même de pouvoir bénéficier d'un accompagnement. Au contraire, l'addiction devient un sujet d'accompagnement, une part du projet des personnes accueillies, au même titre que l'hébergement, l'insertion professionnelle, les troubles psychiques, etc. Par ailleurs, les professionnels des C.H.R.S. reconnaissent que, lorsque la conduite addictive n'interfère pas avec d'autres éléments du projet personnalisé, le sujet peut être abordé, mais pas prioritairement, comme l'explique cet autre professionnel :

« Mais, finalement, est-ce que ces consommations-là, quelles qu'elles soient, que ce soit de l'alcool ou d'autres substances, est-ce que ça l'empêche d'aller vers son projet. Finalement, quand la réponse est non, on ne va pas forcément travailler l'addiction. On peut amener des conseils de réduction des risques, diriger vers des partenaires, des choses comme ça. » (P., travailleur social en C.H.R.S.)

En revanche, il apparaît que ce sont davantage les comportements liés à l'addiction qui deviennent problématiques. Le jugement des professionnels porte alors moins sur le produit ou les effets de celui-ci que sur les comportements et le rapport de chacun avec le produit. Ce résultat raisonne avec les conclusions des travaux menés le sociologue Gabriel Uribelarrea. Ce dernier raconte, dans un article récent, l'exclusion d'une personne accueillie en C.H.R.S. qui, pour une « logique de soin », avait été autorisée à consommer de l'alcool en salle de soin et dont le comportement avait conduit les professionnels à prendre une sanction à son égard. « L'exclusion ne vient alors pas sanctionner des comportements nouveaux ; elle sanctionne des comportements dont la répétition les rend intolérables. Progressivement, la « réputation institutionnelle » (Emerson et al., 1983) d'Éric s'altère ; et à mesure qu'elle s'altère, la tolérance des professionnels à ses transgressions décroît. » (Uribelarrea, 2023, p. 53) Aussi, l'augmentation de la tolérance des professionnels à l'égard des consommations s'accompagne-t-elle d'un durcissement des règles régissant les comportements dans la structure. Ces comportements faisant courir le risque d'une dégradation des relations sociales. C'est ce qu'explique une travailleuse sociale lors d'un entretien.

« Ça a mis à mal le collectif. On a bien vu qu'en deux mois, ça a été... même dès le début, ça a été très très compliqué. Il y a des choses qui ont été mises en place, malgré tout, en lien avec le CSAPA. Malgré tout, c'est un suivi qui n'est pas assez important pour la problématique qu'il a, actuellement. » (A., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Les activités et les accompagnements collectifs en C.H.R.S. témoignent aussi d'une grande diversité des formats dans lesquels ils sont organisés. Certains C.H.R.S. vont plutôt utiliser le levier de l'obligation à la participation quand d'autres utilisent des stratégies suggestives et participatives pour attirer les personnes accueillies. Il n'est pas rare en effet que des activités soient contraintes et qu'il y ait des obligations de présence des personnes lors de temps individuels ou collectifs. Cela a pu être vrai dans les obligations faites aux personnes accueillies de participer aux *focus group* organisés lors du diagnostic. Cette forme de mobilisation, si elle fonctionne et permet d'assurer un suivi des personnes par les professionnels, tend à interroger du point de vue de la promotion de la santé et de la dimension éthique, d'autant que les entretiens réalisés tendent à montrer que les obligations sont plutôt rejetées par les personnes accueillies.

A contrario, il est apparu qu'un certain nombre d'activités mises en place par des structures d'accompagnements, telles que les centres d'addictologie, étaient organisées avec le minimum de contraintes si ce n'est celle horaire :

« J'anime le mercredi après-midi, tous les quinze jours, une activité récréative pour les personnes qui sont plus ou moins isolées (...) J'ai mis ça en place depuis quelques années ici ; j'ai un petit groupe entre quatre et dix personnes, en fonction des moments, où il n'y a aucune contrainte. La contrainte horaire, ça ouvre à 14 heures, ça ferme à 17 heures. Pas de contrainte de me prévenir : "si je viens, si je ne viens pas", d'être obligatoirement là jusqu'à la fin, de venir sur une année complète. C'est ouvert à tout le monde... » (S., Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

Cette forme d'intervention peut être directement reliée au concept de littératie en santé dans la mesure où l'accessibilité à l'information est facilitée. D'autres activités proposées en C.H.R.S. contribuent directement à l'augmentation du niveau de littératie en santé et notamment en mettant les personnes en situation afin de faciliter le lien entre une information en santé (la notion de dose d'alcool par

exemple) et la mise en pratique de cette information dans la vie quotidienne (avoir une connaissance du nombre de doses présentes dans une boisson), comme l'indique cet extrait d'entretien :

*« On a commencé une séance en proposant de réaliser des cocktails à base de fruits et de légumes qui étaient issus directement du potager géré par la structure d'insertion. Et ensuite, la deuxième séance, c'était sur la thématique alcool [...] en arrivant à des conseils de repères de consommation. Et là, on était sur des mises en situation où on s'invite et on se sert des doses. Et après, on essaie de mesurer. Et puis, après on essaie de retrouver les doses. C'est de les mettre en mouvement, leur donner envie de faire, les mettre en action. »
(V., Chargée de prévention en structure d'addictologie)*

L'accompagnement quotidien, réalisé par les travailleurs sociaux des C.H.R.S., agit également sur la littératie en santé lorsqu'il interroge la pratique et appui la capacité des personnes à prendre une décision, que cette décision concerne ou non la santé :

« Moi, je l'amène par le budget, par exemple. On travaille le budget : "où passent les 200 euros, là ?" Et tout de suite, il va me dire : "Ah.. consommation..." Tout doucement, ça va venir par rapport à là, mais dans notre entretien d'accueil, quand on accueille les personnes, on a une question sur les addictions. Il n'y en a aucun qui nous dit : "si..." C'est rare... Il y en a... c'est vrai..." » (A., travailleur social en C.H.R.S.)

L'intervention en groupe peut aussi favoriser la littératie en santé, surtout lorsqu'elle s'appuie directement sur les expériences des participants, sur leur capacité réflexive, sur leurs connaissances des produits et des techniques de réduction des risques.

« C'est l'intérêt du groupe, en fait, qu'il y ait aussi des messages qui sont donnés entre eux... il y en a qui vont dire : "Ah oui, ça, je suis d'accord parce que moi, je l'ai vécu, aussi, comme ça". Et du coup, ça a plus de poids que nous, notre parole de professionnel qui... Je trouve que ça joue dans l'intérêt qu'ils vont accorder au message. » (N., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Lorsque les professionnels rencontrés parlent de littératie en santé, ces derniers font souvent référence davantage à ses deux premières caractéristiques à savoir l'accès à l'information et la compréhension de l'information. La méthode Facile à Lire et à Comprendre (FALC) est souvent invoquée par les professionnels pour parler de la littératie en santé.

« FALC, c'est une méthodologie libre d'accès [...]. C'est une méthodologie européenne qui vise à rendre l'information plus simple à lire et à comprendre. Donc, ça rentre complètement, en fait, dans la thématique de la littératie. Et nous-mêmes, ici, on réalise des actions de formation, on forme des professionnels sur une demi-journée sur cette méthode-là, comment l'utiliser. Dans cette méthodologie-là, on va vraiment utiliser la simplification de l'écrit, mais également utiliser des illustrations pour faciliter la compréhension du message. » (C. Travailleuse sociale en structure d'addictologie)

La méthode FALC, si elle n'épuise pas le concept de littératie en santé, permet tout de même de contribuer à son amélioration. Elle permet notamment de s'intéresser au public, à ses besoins, à ses capacités. C'est un premier pas, essentiel, vers une prise en compte de la littératie en santé :

« Cela étant, dans notre pratique, voilà, on est bien conscients qu'on a des publics qui maîtrisent très, très mal la langue française, l'écriture, la lecture. Ce qui fait que dans nos interventions, en fait, on le prend en compte. C'est-à-dire que, par exemple, on va travailler avec beaucoup de visuels. Et s'il y a du texte, ils sont très simplifiés, c'est-à-dire que c'est un sujet, un verbe, un complément, pour ne pas les mettre en difficulté et aussi pour qu'on puisse mettre en place... j'ai envie de dire que ça réponde aussi à leurs besoins. » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Plusieurs professionnels ont montré un intérêt pour la méthode de l'entretien motivationnel et certaines techniques qui y sont associées, à l'image de la balance décisionnelle » :

« La balance décisionnelle, qu'on apprend dans l'entretien motivationnel qui est une forme d'entretien. La balance décisionnelle, c'est vraiment intéressant, ça marche avec d'autres choses que l'addiction, d'ailleurs, où, finalement, on questionne un petit peu l'aspect positif de consommer, l'aspect négatif de

consommer, l'aspect négatif de changer, l'aspect positif de changer de comportement. » (G., psychologue)

De la même façon que les techniques collectives contribuent à la littératie en santé, les entretiens individuels, fondés sur des éléments concrets et pratiques, accompagnant la prise de décision vis-à-vis d'une information de santé y contribuent. Pour les professionnels interrogés, la Thérapie Comportementale et Cognitive fait aussi partie des techniques possibles mobilisées par les professionnels en C.H.R.S. :

« Pour la TCC, il faut toujours passer par une phase d'observation. C'est-à-dire qu'à un moment, il faut évaluer quel est le comportement qu'on veut changer. Souvent, on mesure le comportement. Là, par exemple, ça va être : "lundi, tu as consommé quoi ?" Tu notes sur un tableau quelle consommation, à quelle heure, dans l'idéal. Après, à ce tableau-là, on peut rajouter quelles étaient les pensées qui sont associées à la consommation : "j'étais triste, j'ai encore foiré ça..." Du coup, c'est ça qui fait qu'on boit, cette pensée-là. Et après, on a un troisième temps où, finalement, on vient initier une pensée alternative à ça, qui est choisie par la personne. Théoriquement, c'est censé amener une diminution progressive des consos, et jusqu'à un contrôle de la consommation, voire un arrêt. » (V., chargée de prévention en structure d'addictologie)

Tous ces éléments, qui sont loin de couvrir l'ensemble des pratiques mises en place dans l'accompagnement des personnes sans-abri en C.H.R.S., témoignent du travail mené pour augmenter le niveau de littératie en santé des personnes accueillies. Même s'ils sont peu nombreux à utiliser le terme de littératie, toutes ces techniques d'accompagnement y contribuent.

Avantages et inconvénients des activités occupationnelles face aux addictions

Parmi les activités mises en place dans les structures de la solidarité, une partie d'entre elles sont dites « occupationnelles ». L'objectif de ces activités est explicitement de permettre au temps de passer plus vite et éventuellement de limiter la consommation des usagers :

« On est vraiment sur de l'occupationnel, à l'hôpital de jour, pour éviter de

sortir, de s'alcooliser ou de prendre d'autres produits. Et c'est ce qu'ils ont mis en place, là, récemment. Moi, je pense que pour certains publics, c'est vraiment bien. Ben, oui, ça peut être bien...que de traîner au bistrot ou... c'est sûr. » (A., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

Ces moments ont des avantages dans la mesure où ils permettent de réduire la solitude, en favorisant le lien social, le contact humain. Mais aussi, ils servent à combler l'ennui lequel peut favoriser la consommation de produits :

« S'ils ne sont pas occupés, bien souvent, ça crée de l'ennui. L'ennui crée l'envie de consommer, quel que soit le produit, d'ailleurs... » (M., Travailleur social en C.H.R.S.)

« La solitude, aussi, du coup... l'errance, aussi... parce qu'on en voit beaucoup qui vont errer toute la journée, marcher... rentrer en C.H.R.S., repartir... Et ça favorise aussi les addictions... pour combler aussi un vide et l'ennui. » (N., travailleur social en C.H.R.S.)

Comme l'explique le sociologue Thibaut Besozzi dans un article consacré au sans-abrisme, « l'attente et l'ennui caractérisent la vie quotidienne des sans-abri sans pour autant qu'elle ne s'y réduise : ils attendent notamment l'ouverture des structures, le temps doit être "tué", on fait en sorte qu'il "passe plus vite" (notamment avec l'alcool ou d'autres produits stupéfiants) (Lanzarini, 2000). » (Besozzi, 2020, p. 17). Or, les entretiens font apparaître que les personnes accueillies se désintéressent souvent de ces activités qui ne les intéressent pas nécessairement, car ils n'en partagent pas le sens. Aussi expriment-ils le sentiment de vivre en « maison de retraite », d'être condamnés à réaliser des activités peu gratifiantes et inutiles.

Au contraire, ils expriment plutôt l'envie de travailler, de participer à des chantiers d'insertion, ou encore de sortir en dehors de la structure pour retrouver des connaissances ou amis.

Ces éléments de résultat rappellent combien le temps des personnes sans-abri ou sans domicile fixe est un temps cyclique auquel les institutions participent également. Pourtant, il existe des dispositifs ou des expérimentations qui constituent « des éléments de réponse à ce temps circulaire, certaines structures d'aide et d'accompagnement des usagers de drogues ont mis en place, d'abord sous une forme expérimentale, le Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ). Ce dispositif veut

être un moyen de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de moins de 25 ans par une mise au travail progressive débutant par une journée de travail par semaine et payée à la fin de la journée. À travers cette organisation, il s'agit de permettre à la personne dépendante de récolter directement le fruit de son travail et de ne pas l'assujettir à une attente trop longue qui pourrait la décourager de s'investir » (Chardin, 2022, p. 136).

La confiance comme valeur cardinale en C.H.R.S.

Le terme « confiance » est revenu à plusieurs reprises lors des entretiens pour désigner la relation avec les travailleurs sociaux ou avec les médecins. Adossée au respect, la confiance fait écho aux valeurs cardinales en cours dans la structuration sociale du monde de la grande précarité.

Dans un article consacré au sujet, le sociologue Thibault Besozzi fait état des « valeurs indigènes » en cours dans le monde de la rue (Besozzi, 2021). Si la confiance n'est pas directement citée comme une valeur, elle correspond à plusieurs autres valeurs identifiées, lesquelles garantissent la « respectabilité » dans ce monde. Aussi l'honneur et sa préservation, le fait d'être « réglo » et de respecter les normes sociales explicites et implicites en vigueur, ou encore le fait d'être un bon maître-chien sont autant de valeurs permettant de définir les personnes dignes de confiance. Cette demande de confiance s'étend aux autres acteurs, qu'ils s'agissent des professionnels de la solidarité comme des professionnels de santé. C'est ce qu'explique cette travailleuse sociale lors d'un entretien :

« L'important, c'est de construire une relation de confiance, qui est souvent très brisée par leur parcours, parce qu'ils rencontrent plein de personnes qui sont là pour les aider, mais le système fait qu'on est plusieurs ; il y a beaucoup de personnes qui sont autour d'elles, elles doivent tout le temps raconter leur histoire. Et souvent, elles me disent : "j'en ai marre de raconter mon histoire". Donc, il y a cette relation de confiance qui se construit petit à petit, qui prend beaucoup de temps. Et je pense que ça, c'est une particularité, un peu, de ce public-là. » (A., Travailleuse sociale)

L'extrait ci-dessus exprime bien combien le fait de se livrer lors des échanges avec les professionnels participe d'une vulnérabilité que les personnes accueillies en C.H.R.S. considèrent comme un risque, d'autant qu'ils racontent régulièrement les

expériences négatives qu'ils ont pu connaître avec des professionnels qui auraient, selon eux, tiré profit de leur vulnérabilité pour les infantiliser par exemple.

La confiance se construit pas à pas, dans les relations interpersonnelles et semble indispensable, tant pour les professionnels que pour les personnes accueillies :

« Selon moi, ça se fait progressivement, et ça va se faire beaucoup par la parole qu'on engage, au résident qu'on a en face. Si je m'engage à faire quelque chose. Si je lui dis qu'on va faire ça, on va faire ça. Je ne vais pas sortir de l'axe. Si je me suis engagé à lui ramener ça ou à travailler sur ça... "on va travailler ça !", et je m'engage. » (K., Travailleur social en C.H.R.S.)

Faire confiance est une attitude active, sociale, un régime d'action par lequel « on s'engage au-delà des informations disponibles : on accepte l'incertitude sur son comportement futur, on renonce à contrôler en continu ses performances, à interférer dans l'accomplissement de la tâche » (Quéré, 2005, p.190). Une fois la confiance acquise, celle-ci doit être conservée, mais permet de favoriser l'accompagnement et la sécurité des personnes accueillies en C.H.R.S. :

« L'importance du lien de confiance dont j'ai parlé tout à l'heure. Je pense que c'est important de créer ce lien de confiance pour qu'au bout d'un moment, ils puissent me dire: "voilà, là, je suis dans la merde, j'ai telle dette, telle dette, telle dette", et qu'on puisse travailler, aussi, dessus, pour réduire... » (N., Travailleur social en C.H.R.S.)

L'extrait d'entretien ci-dessus traite des dettes potentiellement contractées, mais la confiance peut concerner des situations plus légères, comme le fait de pouvoir se livrer et s'exprimer sans crainte à quelqu'un sur des sujets très variés.

Epidémie de Covid-19 et littératie en santé en C.H.R.S.

La période de la pandémie de Covid-19 a été abordée lors des entretiens, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'une période charnière pour la politique de certains établissements. En effet, plusieurs d'entre eux ont été contraints par la situation et le confinement à faire parvenir des produits et notamment de l'alcool aux personnes alcoolodépendantes.

« Le covid a fait aussi accélérer les choses dans le sens que, même, on a été jusqu'à acheter de l'alcool pour certains résidents sur un dispositif de lit Halte Soins Santé, dispositif... parce qu'ils ne pouvaient pas se rendre en ville. Et du coup, on a fait de la gestion de consommation en lien et en accord avec le médecin coordinateur. » (A., Cheffe de service en structure de la solidarité)

Si la situation décrite par cette cheffe de service concerne un lit halte soins santé, il est apparu que cette situation a été décrite par différents professionnels. Plus encore, au-delà de la délivrance de produits alcooliques, de nombreux établissements ont autorisé la consommation en chambre durant cette période, ce qui a pu, à moyen terme, entraîner une réflexion sur l'autorisation de la consommation après la levée du confinement. Les entretiens réalisés illustrent bien ce changement imposé qui a contribué à faire sauter des digues et des résistances qui pouvaient exister chez les directions ou chez les professionnels.

« Après, c'est vrai qu'il y a certaines structures, notamment des C.H.R.S. qui ont pu travailler autrement ces questions de consommation. [...] on les a aussi interrogés sur ce qu'ils consommaient, de quoi ils avaient besoin, pour pouvoir leur donner, finalement, la quantité qu'ils avaient besoin pendant les temps de confinement. Et ça, c'était quelque chose qui avait été compliqué pour les professionnels, au départ, et, finalement, qui avait été plutôt bénéfique dans les échanges avec le public, où les gens s'étaient montrés assez ouverts sur leur consommation, et, limite, certains avaient réduit leur consommation grâce à ça, parce que c'était plus travaillé, plus verbalisé sur ça. » (S., Chargée de prévention en structure d'addictologie)

Le confinement a aussi contraint certains usagers de drogues à raconter leur situation aux professionnels, là où il s'agissait parfois d'un sujet tabou, peu abordé en entretien. Avec l'impossibilité de sortir et la difficulté pour les personnes à s'approvisionner par leurs propres moyens, les travailleurs sociaux se sont parfois retrouvés à acheter en pharmacie des substituts et à suivre la consommation des personnes accueillies. Certaines ont pu, grâce à cette libération de la parole au sein des établissements, baisser leur consommation. Mais ces cas semblent plutôt rares si l'on en croit les entretiens réalisés.

Au contraire, dans plusieurs établissements, la pandémie de Covid-19 a été un moment où la vigilance des professionnels vers les personnes accueillies en C.H.R.S. a augmenté, comme l'explique cette professionnelle :

« En tout cas, individuellement, sur ces publics vulnérables, notamment, par rapport à la consommation d'alcool et par rapport au tabac, on sentait que les consommations, pour certains, ont explosé, ou augmenté terriblement. Mais voilà, c'était des comportements relativement anxiogènes. » (S., Travailleuse sociale en C.H.R.S.)

La pandémie de Covid-19 a également été une mise en question générale de la littératie en santé dans la mesure où les informations à propos du virus, des mesures limitant la propagation ou du vaccin ont été largement relayées dans l'espace du débat public, entraînant aussi son lot de contrevérités, de mensonges ou d'erreurs. « Combinées à l'évolution des connaissances liées à la COVID-19, la temporalité et la mouvance des communications entraînent une cacophonie, un flou qui ne permet pas à un public averti une grande aisance dans l'interprétation et le suivi des recommandations, mais qui présage déjà un écart plus que conséquent auprès d'un public avec un faible niveau en littératie. » (Brunois, Decuman et Perl, 2021, p. 845) La littératie en santé, durant cette période, n'a pas semblé être un levier d'empouvoirement des citoyens alors qu'elle aurait pu être une stratégie efficace de lutte contre le virus, s'apparentant ainsi à un « vaccin social » (Okan et al., 2023). Au contraire, certains articles scientifiques publiés suite la pandémie indiquent que l'absence de politique de santé publique faisant de la littératie en santé un levier d'action, a entraîné un empouvoirement sans littératie, c'est-à-dire au sentiment pour un certain nombre de personnes d'exercer une liberté de choix guidée par des informations fallacieuses propagées parfois par des personnalités publiques de premiers plans (Smith et Carbone, 2023).

Lorsqu'ils étaient questionnés sur le sujet de la vaccination, les personnes accueillies en C.H.R.S. s'y sont montrées plutôt opposées, certains ayant accepté la vaccination contraints et forcés. Les discours critiques, à tendance complotiste, qu'elles pouvaient tenir montraient un faible niveau de littératie en santé, mais en même temps révéler un véritable intérêt pour le sujet. Interrogées sur le fait qu'elles formulaient des critiques fortes vis-à-vis du vaccin, mais qu'elles semblaient moins critiques au sujet des traitements de substitution, ces dernières ont répondu :

« S. : après, des produits, c'est des produits que je connais déjà, donc... voilà... C'est bon sans être bon... »

K. : c'est comme le traitement qu'on a, que chacun a. Il est bon sans être bon, en fait.

E. : si on ne l'aurait pas, on serait... Je crois qu'on serait tous des mauvais. Moi, je ne me lèverais pas...

S. : on ne se parlerait pas, là... je crois.

D. : parce que ça nous aide... » (Echange entre plusieurs personnes accueillies en C.H.R.S.)

Ce court extrait d'entretien collectif illustre la littératie en santé fonctionnelle, ce type de littératie portant sur la connaissance suffisante afin d'acquérir des informations et agir à partir de celles-ci sur des risques bien définis pour la santé et sur l'utilisation des services de santé recommandés souvent associées à des stratégies de gestion de la santé et de maladies. Cette dimension de la littératie se développe en utilisant le levier du risque, très présent dans cet extrait d'entretien, mais ne favorise pas l'autonomie dans la prise de décisions liées à la santé.

Conclusion

En conclusion, le diagnostic réalisé dans la région Grand Est met en évidence des enjeux cruciaux en matière de littératie en santé pour les personnes accueillies en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) et qui concernent les quatre caractéristiques de la littératie en santé : l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application des informations de santé. Plus précisément il s'est intéressé à la littératie en santé en matière d'addiction.

Les enseignements qui en ressortent sont de trois ordres et interrogent :

- La façon dont le concept de littératie en santé permet d'éclairer la pratique quotidienne et l'accompagnement en C.H.R.S. ou en structure d'addictologie des personnes en situation de précarité.
- La façon dont la pratique quotidienne des professionnels de la solidarité, mais aussi la parole des personnes accueillies en C.H.R.S., alimentent le concept de littératie en santé et sa mise en pratique dans les structures sociales et médico-sociales.
- La façon dont la thématique de l'addiction interpelle le concept et la pratique de la littératie en santé.

Tout d'abord, le diagnostic fait apparaître que **l'accès aux professionnels de santé et aux informations de santé est un défi majeur**. Les délais pour obtenir des rendez-vous dans certains territoires, particulièrement avec les médecins spécialistes, peuvent être longs. De plus, les personnes accueillies en C.H.R.S. sont souvent éloignées du monde médical, ayant pu connaître des situations délicates avec des professionnels de santé. Les C.H.R.S. peuvent alors jouer un rôle clé dans la réduction de cet éloignement, en travaillant sur les représentations du monde médical et les traumatismes associés, mais aussi en œuvrant au « hors-les-murs », différentes stratégies qui semblent efficace compte tenu des discours des personnes interrogées. Les C.H.R.S. peuvent donc directement favoriser la littératie en santé et particulièrement l'« accès » à l'information de santé, en favorisant l'accès aux professionnels.

Ensuite, selon les personnes accueillies en C.H.R.S., **la compréhension des informations de santé délivrées par les professionnels se trouve parfois entravée par des relations conflictuelles, des expériences négatives passées, une posture surplombante ainsi qu'une conception négative de l'addiction de certains médecins**. Les personnes se sentent souvent infantilisées ou ignorées dans leurs

connaissances pratiques des drogues et de leurs effets. De plus, la multiplication des interlocuteurs médicaux et la répétition de leurs expériences parfois traumatisantes peuvent contribuer à leur mal-être.

L'évaluation des informations de santé est également un enjeu important. Certaines personnes rejettent les traitements médicamenteux, par crainte de la dépendance, par méfiance envers les entreprises pharmaceutiques, mais aussi en raison du sentiment de manque de contrôle sur leur traitement. **Cela reflète leur capacité à prendre des décisions en matière de santé, mais aussi les défis auxquels elles font face dans l'évaluation des informations de santé.**

Enfin, l'application des informations de santé est souvent entravée par des défis liés à la maîtrise de soi, de l'espace et du temps. L'environnement extérieur et urbain peut être un obstacle important pour les personnes souffrant d'addiction, car il est souvent associé à des souvenirs et des tentations liés à la consommation de substances addictives. De plus, certaines périodes et moments de la journée sont plus à risque et nécessitent une vigilance accrue et un accompagnement adapté de la part des professionnels.

Le diagnostic met également en lumière des pistes d'action pour améliorer la littératie en santé. La formation des professionnels du médico-social en addictologie, le renforcement des partenariats entre les C.H.R.S. et les structures de santé locales, l'implication des personnes accueillies dans la définition des politiques des établissements et la création d'environnements favorables à la santé sont autant de stratégies prometteuses pour augmenter le niveau de littératie en santé des personnes accueillies. Aussi ces résultats témoignent-ils de l'intérêt d'une réflexion à propos de la littératie organisationnelle, autrement dit de la capacité des structures à améliorer le niveau de littératie de leurs usagers.

Cependant, il est important de noter que la littératie en santé ne se limite pas à la capacité individuelle à accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations de santé. Elle est également influencée par les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, ainsi que par les politiques et les pratiques des professionnels de santé et des institutions sociale et médico-sociales. Ainsi, l'amélioration de la littératie en santé nécessite une approche globale et systémique, impliquant tous les acteurs concernés.

Enfin, la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les limites de la littératie en santé dans la lutte contre le virus, en raison de la cacophonie et du flou des communications qui ont pu jouer un rôle dans l'appréciation des personnes accueillies en C.H.R.S vis-à-vis du monde médical.

En somme, le diagnostic réalisé dans la région Grand Est offre une base solide pour comprendre les enjeux de la littératie en santé et pour développer des stratégies d'action. Il appelle à une mobilisation collective pour améliorer l'accès aux informations de santé, renforcer les compétences en matière de santé, favoriser des environnements propices à la santé et promouvoir l'équité en santé. Ce diagnostic a nourri un guide regroupant des recommandations et pistes d'actions et d'intervention et visant à améliorer les compétences des professionnels des C.H.R.S, à augmenter leur capacité à agir sur le sujet. Ce guide est disponible en sus du présent rapport.

Bibliographie

BARBAY C., PAPA G., PRIMERANO J., BESOZZI T., 2023, « Village sans prétention [Action menée par : Association Accueil et Réinsertion Sociale] », Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé.

BECK S., 2020, « Je bois donc je suis. Pratiques réflexives en recherche et intervention sociale autour des usages d'alcool et du sans-abrisme », *Sciences & Actions Sociales*, 13, 1, p. 199-217.

BESOZZI T., 2020, *Idées reçues sur les SDF: regard sur une réalité complexe*, Paris, le Cavalier bleu éditions (Idées reçues).

BESOZZI T., 2021, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, 12, 3, p. 247-266.

BRUNOIS T., DECUMAN S., PERL F., 2021, « Littératie en santé et crise sanitaire : l'exemple de la COVID-19 », *Santé Publique*, 33, 6, p. 843-846.

CASSEN M., 2008, « Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies », *Le Journal des psychologues*, 254, 1, p. 57-60.

CHARDIN S., 2022, « L'accompagnement social et éducatif à l'aune de la temporalité des personnes accueillies: », *Sociographe*, N° 78, 2, p. 133-141.

CNS, 2021, « La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent ».

DAMBUYANT M., 2020, « Être placé sous bracelet électronique quand on n'a pas de chez soi. Observations dans des centres d'accueil pour condamnés SDF », *Sciences & Actions Sociales*, 13, 1, p. 30-52.

DEBUSSCHE X., BALCOU-DEBUSSCHE M., 2018, « Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio », *Santé Publique*, 31, HS1, p. 145-156.

DEBUSSCHE X., LENCLUME V., BALCOU-DEBUSSCHE M., ALAKIAN D., SOKOLOWSKY C., BALLET D., ELSWORTH G.R., OSBORNE R.H., HUIART L., 2018, « Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk:

Validity testing of the Health Literacy Questionnaire », *SAGE Open Medicine*, 6, p. 2050312118801250.

DELCOURT L., 2020, « Prison, rue, foyer : une trajectoire à la croisée du pénal et de l'aide sociale », *Sciences & Actions Sociales*, 13, 1, p. 82-107.

DUBE F., OUELLET C., 2016, « Apprenants en difficulté en littératie : enseignement et apprentissage. Présentation du dossier », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 76, 4, p. 5-10.

DUCHESNE S., HAEGEL F., 2014, *L'entretien collectif. l'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin, 128 p.

EDWARDS M., DAVIES M., EDWARDS A., 2009, « What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: a meta-synthesis of the literature », *Patient Education and Counseling*, 75, 1, p. 37-52.

EDWARDS M., WOOD F., DAVIES M., EDWARDS A., 2012, « The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model », *BMC Public Health*, 12, 1, p. 130.

EHRENBERG A., 1991, *Individus sous influence: Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Revue Esprit.

FERRON C., 2017, « La littératie en santé : Synthèse bibliographique ».

FRAENKEL B., 2021, « Littératie », *Langage et société, Hors série*, HSI, p. 221-224.

GUILLAIN C., 2020, « La répression des drogues : comment sortir de l'impasse ? ».

HELITZER D., HOLLIS C., SANDERS M., ROYBAL S., 2012, « Addressing the "Other" Health Literacy Competencies—Knowledge, Dispositions, and Oral/Aural Communication: Development of TALKDOC, an Intervention Assessment Tool », *Journal of Health Communication*, 17, sup3, p. 160-175.

HENRARD G., KETTERER F., GIET D., VANMEERBEEK M., BELCHE J.-L., BURET L., 2018, « La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions », *Santé Publique*, SI, HSI, p. 139-143.

JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2009, « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La revue lacanienne*, 5, 3, p. 109-118.

MARGAT A., 2018, *L'éducation thérapeutique du patient: une opportunité pour répondre aux besoins en littératie en santé des patients illettrés. Proposition d'un modèle d'intervention pédagogique*, Thèse de doctorat.

NUTBEAM D., 2000, « Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century », *Health Promotion International*, 15, 3, p. 259-267.

OKAN O., MESSER M., LEVIN-ZAMIR D., PAAKKARIL., SØRENSEN K., 2023, « Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic », *Health Promotion International*, 38, 4, p. daab197.

PIERRE R., 2003, « Entre alphabétisation et littératie : les enjeux didactiques »; *Revue française de linguistique appliquée*, Vol. VIII, 1, p. 121-137.

QUERE L., 2005, « Les « dispositifs de confiance » dans l'espace public », *Réseaux*, 132, 4, p. 185-217.

REBIH L., 2020, *Littératie en santé et inégalités sociales de santé en lycées professionnels*, Thèse de doctorat.

ROOTMAN I., GORDON EL EHBETY D., 2008, *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 52 p. p.

ROOTMAN I., RONSON B., 2005, « Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 96 Suppl 2, Suppl 2, p. S62-77.

SMITH S.A., CARBONE E.T., 2023, « Health literacy and empowerment in the COVID-19 era », *Information Services & Use*, 43, 2, p. 89-100.

SØRENSEN K., VAN DEN BROUCKE S., FULLAM J., DOYLE G., PELIKAN J., SLONSKA Z., BRAND H., 2012, « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models », *BMC Public Health*, 12, 1, p. 1-13.

URIBELARREA G., 2023, « La qualité soignante de l'alcool. Ethnographie d'une relation de soin dans un centre d'hébergement médicalisé pour sans-abri », *Sciences sociales et santé*, 41, 2, p. 41-64.