



Evaluation du dispositif ASSORE – Rapport

Novembre 2022

Destinataire : Agence régionale de santé Ile-de-France

Évaluateur : Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon, Service d'Évaluation Économique en Santé / Unité INSERM 1290 RESHAPE / Université Claude Bernard Lyon 1

Evaluation du dispositif ASSORE – Rapport

Novembre 2022

Destinataire : Agence régionale de santé Ile-de-France

Évaluateur : Service d'Évaluation Économique en Santé, Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon, Unité 1290 INSERM RESHAPE, Université Claude Bernard Lyon 1

Maël Dieudonné, sociologue
Asma Fares, médecin de santé publique
Hugo Noëlle, médecin de santé publique
Scott Sitbon, évaluateur de politiques publiques
Cyrille Colin, médecin et professeur de santé publique

Tale des matières

Liste des sigles et acronymes	5
Synthèse	6
Remerciements	10
Introduction	1
Démarche évaluative	5
1. Approches et populations	5
2. Données collectées	6
2.1. Entretiens	6
2.2. Observations sur site	7
2.3. Enquête auprès des usagers	8
Résultats et discussion	9
Situation sociale et sanitaire des usagers d'Assore	9
1.1. Situation sociale	9
1.2. Conduites addictives	10
1.3. Troubles somatiques	11
1.4. Troubles psychiatriques	12
2. Fonctionnement d'Assore et avantages	15
2.1. Le repérage des besoins de santé des consommateurs de crack des scènes parisienne des usagers d'Assore	
2.2. L'orientation vers les professionnels ou établissements de santé	
2.3. Les bénéfices de l'accompagnement et de l'hébergement apportés par Assore	
3. Impacts d'Assore - Résultats de l'enquête	
3.1. Sur les consommations de substances	
3.2. Autres impacts sur la santé et l'accès aux soins	
4. Freins identifiés	
4.1. Au niveau écosystémique	
4.2. Au niveau du fonctionnement interne d'Assore	
4.3. Au niveau des usagers	
5. Recommandations	
5.1. Faut-il augmenter la capacité d'accueil d'Assore ?	
5.2. Faut-il accroître les capacités d'accompagnement d'Assore ?	
5.3. Faut-il médicaliser Assore ?	
Conclusion	
Annexes	
Annexe 1 : Questionnaire soumis aux usagers d'Assore	

Annexe 2 : Résultats détai	illés de l'enquête	6
----------------------------	--------------------	---

Liste des sigles et acronymes

ACT Appartement de Coordination Thérapeutique

AME Aide Médicale d'Etat

AP-HP Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS Agence Régionale de Santé

ASSORE Accès aux Soins, aux droits Sociaux, à l'Orientation et à la Réinsertion Ensemble

CAARUD Centre d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des risques pour Usagers de

Drogues

CMP Centre Médico-Psychologique

CeGIDD Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSS Complémentaire Santé Solidaire

ETP Equivalent Temps Plein

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OFDT Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMa Protection Universelle Maladie

RSA Revenu de Solidarité Active

SCMR Salle de Consommation à Moindre Risque

SI Système d'Information

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

Synthèse

Le présent rapport présente les résultats de l'évaluation du dispositif Assore réalisée à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France. Elle porte sur les enjeux sanitaires de ce dispositif, c'est-à-dire les effets de l'hébergement et de l'accompagnement des usagers précaires sur les conduites addictives – dont la consommation de crack – et l'accès aux soins.

Assore est un programme d'hébergement à destination des consommateurs de crack précaires et fréquentant les scènes de consommation du nord-est parisien. Il consiste en l'hébergement de ces personnes dans des chambres d'hôtel, associé à un accompagnement social. Cette évaluation s'inscrit dans un contexte de croissance rapide et régulière du nombre de personnes hébergées, pour atteindre 530 personnes en novembre 2022.

Une démarche évaluative mixte, combinant des approches qualitative et quantitative, descriptive et transversale, a été mise en place. Trois sources de données ont été mobilisées de mi-août à mi-novembre 2022 :

- Entretiens avec des usagers, des professionnels en lien direct avec ces derniers, ainsi que des pilotes et coordonnateurs du dispositif: 33 entretiens au total avec 39 personnes;
- Observations directes sur site par les évaluateurs lors de 4 journées d'observation ;
- Enquête ad hoc par questionnaire auprès d'un échantillon de 99 usagers, soit 21% des usagers d'Assore;
- En revanche, il n'a pas été possible de conduire une évaluation économique en raison de difficultés méthodologiques et du calendrier contraint d'évaluation.

Le public pris en charge par Assore partage les caractéristiques suivantes :

- Une grande précarité, renforcée pour les migrants par l'irrégularité de leur situation : absence de revenus issus du travail, faible accès aux droits sociaux et aux services de base, isolement résultant d'histoires personnelles chaotiques et de la stigmatisation des conduites addictives.
- Une consommation de crack toujours associée à celle d'autres substances
- De multiples affections somatiques, qui peuvent résulter des consommations (pathologies infectieuses, atteintes cardio-pulmonaires), des conditions de vie en rue (blessures, lésions des pieds, sous-alimentation) ou être indépendantes de la situation des usagers, mais insuffisamment soignées à cause de leur précarité (maladies liées au vieillissement, diabète, épilepsie, problèmes dentaires, etc.).
- Des troubles psychiatriques difficiles à caractériser en raison des consommations et de la précarité (troubles psychotiques, bipolaires, de la personnalité ou encore de stress posttraumatique).

Sur le plan sanitaire, les principaux résultats observés sont les suivants :

- Assore permet aux usagers de s'abriter, c'est-à-dire d'échapper aux conséquences délétères de la vie en rue, avec un effet intrinsèquement bénéfique sur leur état de santé (meilleur sommeil, mise à l'abri du froid et de la pluie, réduction du stress et de l'exposition à la violence).
- L'intégration d'Assore favoriserait aussi la maîtrise des consommations et l'expression d'une demande de soins, en dégageant les usagers des besoins les plus immédiats et en les conduisant à échanger régulièrement avec une équipe éducative. Soixante-quinze des 99 usagers (87%) interrogés lors de l'enquête ont déclaré une évolution de leur consommation de crack à la baisse depuis leur entrée dans un hébergement Assore : 68% l'ont diminuée et 19% l'ont complètement arrêtée. Ces résultats suggèrent un effet bénéfique d'Assore, mais dont l'ampleur est à interpréter avec prudence. L'arrêt de consommation de toutes les substances (crack et autres) reste très rare cependant. Les usagers passent plutôt d'une consommation non maitrisée avec des risques associés élevés, à une consommation plus récréative à distance des scènes de consommation et avec une prise de risque moindre. Le profil des usagers ayant réduit ou arrêté leur consommation depuis leur hébergement se distingue par moins de difficultés d'accès et de recours aux soins que ceux qui augmentent ou stabilisent leurs consommations, un recours récent plus élevé au CSAPA, mais aussi au médecin généraliste et au psychiatre. Sur le plan des consommations, ils se distinguent par une consommation hebdomadaire d'alcool et de tabac moins fréquente (qu'elles soient problématiques ou non), mais supérieure concernant les opiacés (dont les TSO) et les médicaments antalgiques et sédatifs. On retrouvait, dans ce groupe à l'évolution favorable, plus d'inclusions en 2022 dans le dispositif.
- Enfin, l'accompagnement assuré par les professionnels d'Assore facilite l'initiation et la continuité des parcours de soins, en aidant les usagers à honorer leurs rendez-vous médicaux ou à compléter leurs séjours hospitaliers, mais aussi à ouvrir les droits sociaux nécessaires.

L'ensemble des acteurs interrogés considère ainsi l'hébergement et l'accompagnement proposés par Assore comme une condition nécessaire (bien que non suffisante) à une prise en charge efficace des consommateurs précaires de crack.

Sur la prise en charge médicale des usagers d'Assore, plusieurs points sont à relever :

Concernant les soins somatiques et addictologiques, l'offre est assez dense dans le nord-est parisien pour assurer globalement l'accès des usagers d'Assore, la principale difficulté étant d'obtenir puis de maintenir leur adhésion à une démarche de soins. Le médecin généraliste est également un acteur de choix des usagers pour leur suivi addictologique.

- Concernant les soins psychiatriques, en revanche, des freins majeurs à l'accès apparaissent, provenant d'une faiblesse structurelle de l'offre en psychiatrie, mais aussi d'un cloisonnement persistant avec l'addictologie. Le dispositif Fluid Crack tend à résoudre cette dualité, mais à petite échelle (80 patients avaient été suivis en une année d'activité) et il ne cible pas uniquement les usagers d'Assore.
- Des freins de plusieurs ordres liés aux situations administratives, judiciaires ou aux réticences des usagers limitent toutefois les possibilités de recours, même dans le cas d'une offre de soins importante. Un travail continu de mobilisation des usagers est mené par les professionnels d'Assore pour lever ces difficultés.

De plus, un manque notable de solutions d'hébergement en aval d'Assore limite les perspectives offertes aux usagers ayant amorcé un parcours de réinsertion et peut même nuire à leurs progrès réalisés. En l'absence de ces solutions, il est difficile pour les professionnels d'Assore de mobiliser les usagers sur des objectifs d'amélioration de leur situation ou de maintien des progrès (notamment sur le front de la consommation). Et pour les usagers ayant réalisé des progrès, l'absence de solutions d'aval peut engendrer un certain découragement.

Des difficultés liées au fonctionnement même d'Assore impactent également l'accompagnement que les professionnels peuvent proposer aux usagers :

- L'accroissement rapide des capacités d'hébergement et les surcroîts d'activité résultant des évacuations ont contraint ses équipes à s'adapter en permanence. Elles n'ont pu rentrer dans le fonctionnement de routine nécessaire à la rationalisation et à l'harmonisation de leurs pratiques, ce qui se manifeste notamment dans le repérage des besoins de santé.
- Les sous-effectifs engendrés par les difficultés de recrutement récurrentes dans le secteur médico-social retentissent sur les capacités d'accompagnement d'Assore. Les professionnels travaillent dans une forme d'urgence permanente qui limite la possibilité de passer du temps avec chaque usager (visites plus courtes et espacées, notamment).
- Les conditions d'hébergement dans certains hôtels posent aujourd'hui clairement problème aux professionnels comme aux usagers : présence de nuisibles, ventilation insuffisante, installations électriques défaillantes, etc. Cela peut conduire à une instabilité dans le logement, voire à une sortie du dispositif. De plus, cela a également un impact sur la santé même des usagers (lésions dermatologiques liées aux punaises de lit, détresse psychologique).
- La distribution de tickets-service (12 euros par semaine) impacte le rapport des professionnels avec les usagers. Ces derniers peuvent alors être motivés uniquement par la remise du ticket, limitant ainsi les interactions. La gestion des tickets est prise dans une forme d'injonction contradictoire : d'un côté, les usagers et les professionnels de maraudes font remonter le fait

- que le montant insuffisant amène les usagers à maintenir des conduites à risque (prostitution, mendicité), de l'autre, les professionnels d'Assore craignent qu'une éventuelle augmentation accentue la dépendance des usagers au service.
- Malgré la croissance substantielle d'Assore ces dernières années, il reste clairement des besoins d'hébergement à satisfaire. Les professionnels de première ligne interrogés ont chacun estimé connaître entre 30 et 40 usagers de leur file active rapidement orientables vers ce dispositif.

Cependant, une croissance supplémentaire de ce dispositif n'irait pas sans difficulté. Elle impliquerait d'abord de renforcer les équipes afin de ne pas dégrader l'accompagnement, ce qui n'irait pas de soi face aux problèmes de recrutement rencontrés par l'ensemble du secteur. De plus, il n'est pas assuré de disposer d'une offre hôtelière adaptée (sur le plan des tarifs, des conditions d'hébergement et de la perspective des jeux olympiques) pour absorber cette montée en charge.

La question de la médicalisation d'Assore a été soulevée durant l'étude. Il s'agirait cette fois de recruter des médecins généralistes — disposant éventuellement d'une valence addictologique — pour assurer le suivi courant des usagers, ou des psychiatres susceptibles de gérer les troubles mentaux modérément sévères, sans devoir en référer à d'autres structures. Deux arguments ont été avancés par les professionnels pour repousser cette proposition. D'une part, elle aboutirait au développement d'une filière spécifique, contribuant à maintenir les usagers précaires de crack hors d'un droit commun auquel il faudrait pourtant les réintégrer. D'autre part, elle accentuerait leur dépendance à l'égard d'Assore, qui risquerait de devenir un guichet unique pour toutes leurs démarches.

Ces résultats ne portent que sur l'action et les usagers d'Assore. Compte tenu du périmètre de son action et des moyens qui lui sont alloués, il est clair que ce n'est pas le seul hébergement hôtelier au sein d'Assore qui sera en mesure de répondre à l'ensemble des problématiques liées au crack à Paris. Assore ne reste qu'un maillon, indispensable certes, d'une longue chaîne d'acteurs sociaux, médicaux, policiers et judiciaires qui ne pourront apporter une réponse efficace qu'en poursuivant leur travail collectif dans le cadre du Plan crack.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes ayant participé à cette évaluation aux différents stades et ayant facilité la collecte des données, dont les équipes de l'ARS Île-de-France, ainsi que les professionnels de l'association Aurore pour leur réactivité, leur disponibilité tout le long de cette évaluation et leur accueil au sein de leurs équipes des 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements. Nous remercions également les usagers d'Assore qui ont partagé leur vécu avec notre équipe.

Introduction

Assore est un programme d'hébergement à destination des consommateurs de crack précaires et fréquentant les scènes de consommation du nord-est parisien¹. Il consiste en l'hébergement de ces personnes dans des chambres d'hôtel associé à leur accompagnement par des équipes pluridisciplinaires. Ce dispositif est porté depuis 2015 par l'association Aurore et s'est développé rapidement, passant d'une capacité de 50 lits à 100 lits en 2018, 200 en 2019, 317 en 2020 et 440 en 2021, avec un objectif atteint de plus de 500 lits en 2022. Cette montée en charge a été favorisée par l'épidémie liée au coronavirus et le premier confinement en mars 2020, qui ont libéré de nombreux lits d'hôtels tout en amplifiant les besoins de mise à l'abri des personnes. Assore est ainsi devenu l'une des principales composantes du protocole de « Lutte contre le crack en Île-de-France », communément appelé le Plan Crack.

Les lits hôteliers sont gérés par les associations Aurore et Gaïa, ainsi que par le Samusocial, à hauteur de 349, 53 et 66 places respectivement en fin d'été 2022 réparties dans 61 hôtels. L'accompagnement est assuré par les associations Aurore et Gaïa, la première suivant 420 personnes et la seconde 70 environ. D'un point de vue organisationnel, les professionnels d'Aurore sont répartis en deux équipes implantées dans les 19^e et 20^e arrondissements parisiens pour un total de 34 équivalents temps plein (ETP) environ. Ces équipes comprennent chacune des éducateurs spécialisés intervenant en binômes dans les hôtels, un infirmier et un psychologue contribuant à l'évaluation somatique et psychique des usagers, ainsi qu'un agent hôtelier gérant les aspects pratiques de l'hébergement (déménagements des résidents, désinsectisation). Chaque équipe est dirigée par un chef de service et une coordinatrice. Les professionnels de Gaïa partagent leur temps entre une Halte Soins Addictions le matin et les visites aux usagers au sein des hôtels Assore l'après-midi.

Le cœur de l'accompagnement consiste en des visites régulières dans les hôtels à la rencontre des usagers. Ces visites permettent d'abord de travailler le « savoir habiter », en réhabituant les usagers à vivre en intérieur et en collectivité, de manière à les stabiliser dans leur logement : propreté et rangement de la chambre, respect du règlement de l'hôtel et du dispositif, hygiène corporelle. Les visites permettent aussi de prendre des nouvelles des usagers, de veiller à leur situation et de les amener progressivement à s'engager dans les démarches administratives et les parcours de soins répondant à leurs besoins. Les professionnels peuvent ensuite les accompagner au cas par cas dans ces parcours et démarches.

_

¹ Le problème du crack à Paris remonte à une trentaine d'années, mais s'est exacerbé récemment en particulier à cause d'une précarisation des consommateurs et d'une visibilité accrue dans l'espace public, avec le développement de scènes ouvertes de consommation.

Loin d'être un dispositif isolé, Assore s'inscrit dans une démarche internationale d'aide au logement intitulée Housing first, traduit en Un chez-soi d'abord. Initié aux Etats-Unis dans les années 1990, ce concept désigne un accès au logement à bas seuil, c'est-à-dire non-conditionné par des contraintes sanitaires et sociales ou par le profil des usagers (addictions, état de santé). Le Housing first se base sur le postulat que la première étape à la réinsertion de personnes très marginalisées vivant dans l'espace public passe par un hébergement stabilisé. L'apport de cette stabilité est nécessaire pour permettre ensuite une prise en charge sociale et sanitaire par des accompagnateurs sociaux. Celle-ci est favorisée par la localisation à proximité des structures sanitaires et sociales. Malgré l'intention prometteuse, les bénéfices sanitaires et sociaux des dispositifs de Housing first restent peu étudiés : sur 13 études identifiées dans la littérature, 7 se basent sur les données provenant de deux essais comparatifs, l'un mené au Canada en 2009-2013 et l'autre en France en 2011-2018. Le principal bénéfice démontré de ces dispositifs est la capacité à faire conserver un logement stable à l'usager (nombre de jours passés logés), en particulier dans les populations atteintes de troubles mentaux ou d'addictions². Certaines études suggèrent d'autres bénéfices : Loubière et al. rapportent que les participants souffrant de troubles bipolaires ou schizophréniques y améliorent leur autonomie et la gestion de leur vie personnelle.³ Chhabra et al. indiquent que l'acquisition d'un logement stable permettrait de mieux gérer les aspects logistiques du soin, engendrant une meilleure implication des sujets dans leur propre santé et leur bien-être. L'analyse des effets sur un retour en communauté et sur l'amélioration des interactions sociales évoque des effets hétérogènes. Un effet positif avec une reprise de contact avec certains proches est observé, mais également une stigmatisation qui reste un frein important à une réinsertion plus générale⁴. Le Housing first est généralement comparé à l'accompagnement médicosocial "habituel", dont les modalités diffèrent d'une étude à une autre : synonyme d'une approche en escalier (staircase approach) où l'usager accèderait à un logement après plusieurs étapes (hébergement en hôtel, puis en foyer, puis en logement provisoire...) selon son comportement (abstinence notamment) et ses progrès, ou bien selon l'utilisation des structures de soins de crise (services d'urgences, utilisation des foyers). L'approche Housing first s'en distingue

_

² Nelson Geoffrey, Aubry Tim et Lafrance Adele, « A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless », *The American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 77, n° 3, juillet 2007, p. 350-361.

³ LOUBIÈRE S., LEMOINE C., BOUCEKINE M., BOYER L., GIRARD V., TINLAND A., AUQUIER P., et FRENCH HOUSING FIRST STUDY GROUP, « Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 31, 7 février 2022, p. e14.

⁴ Chhabra Manik, Spector Emily, Demuynck Sophia, Wiest Dawn, Buckley Laura et Shea Judy A., « Assessing the relationship between housing and health among medically complex, chronically homeless individuals experiencing frequent hospital use in the United States », Health & Social Care in the Community, vol. 28, n° 1, janvier 2020, p. 91-99.

généralement par son caractère inconditionnel et un accompagnement plus flexible selon les besoins de l'usager.

Au-delà de l'apport social et médical se pose également la question du coût et de l'efficience de ces initiatives. Certaines études nord-américaines et canadiennes ont proposé des analyses coût/efficacité mettant en balance les coûts engendrés par le Housing first et son efficacité (le plus souvent mesurée par une augmentation du nombre de jours dans un logement stable). Le Housing First est généralement plus coûteux que la prise en charge "habituelle". La principale limite de ces analyses est une hétérogénéité des critères évalués et une opacité sur le périmètre des coûts considérés rendant les comparaisons compliquées. Les coûts d'une prise en charge habituelle - c'està-dire sans Housing first - varient par exemple d'une étude à l'autre de 29 185 £ (Royaume-Uni) à 40 849 Can\$ (Canada) par personne et par an5. Les résultats de ces études s'accordent à dire que le Housing first est plus coûteux que la prise en charge standard. Cependant, l'horizon temporel des études ne dépasse en général pas 24 mois, ce qui parait court pour capturer les coûts et les effets au long terme. A titre d'exemple, une étude conduite au Canada dont l'intervention consistait à suivre des personnes sans-abri pendant deux ans avec des troubles mentaux sévères décrit un surcoût associé au Housing first de 19,3 %⁶. Cette étude prenait en compte les coûts liés au logement, aux soins (passages aux urgences, soins ambulatoires, hospitalisations pour cause somatique, cures), mais aussi les coûts du maintien de l'ordre public impliquant les frais de justice et les jours d'emprisonnement.

A contrario, une modélisation médico-économique conduite sur la base des données issues de Latimer et *al.* et sur un horizon long de 10 ans suggère que le *Housing first* est moins coûteux que la prise en charge habituelle, en particulier chez les populations les plus démunies (haut niveau de besoin et sans-abri depuis plus de deux ans)⁷. Le *Housing first* permettrait alors de réduire les coûts de la prise en charge de 7 % à 10 ans.

A noter que les interventions évaluées par ces études d'efficacité et ces études médicoéconomiques diffèrent du dispositif Assore sur un certain nombre de critères, dont l'environnement d'implémentation et la population cible : la plupart des études est restreinte aux sujets souffrant de

⁵ WRIGHT Liam et PEASGOOD Tessa, *Cost-effectiveness analysis of Housing First*, Londres, What Works Wellbeing, 2018; LATIMER Eric A., RABOUIN Daniel, CAO Zhirong, LY Angela, POWELL Guido, ADAIR Carol E., SAREEN Jitender, SOMERS Julian M., STERGIOPOULOS Vicky, PINTO Andrew D., MOODIE Erica E. M., VELDHUIZEN Scott R., et AT HOME/CHEZ SOI INVESTIGATORS, « Cost-effectiveness of Housing First Intervention With Intensive Case Management Compared With Treatment as Usual for Homeless Adults With Mental Illness: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial », *JAMA network open*, vol. 2, n° 8, 2 août 2019, p. e199782.

⁶ LATIMER Eric A., RABOUIN Daniel, CAO Zhirong, LY Angela, POWELL Guido, ADAIR Carol E., SAREEN Jitender, SOMERS Julian M., STERGIOPOULOS Vicky, PINTO Andrew D., MOODIE Erica E. M., VELDHUIZEN Scott R., et AT HOME/CHEZ SOI INVESTIGATORS, « Cost-effectiveness of Housing First Intervention With Intensive Case Management Compared With Treatment as Usual for Homeless Adults With Mental Illness », op. cit.

⁷ ROCHON Hannah, Long-Term Cost-Effectiveness of Housing First for Homeless People with Mental Illness, Mémoire de Master en Epidémiologie, Université McGill, Montréal, 2020.

pathologies psychiatriques et la scène de consommation de crack parisienne est singulière puisqu'il s'agit de l'unique lieu à ciel ouvert en Europe par exemple.



La présente évaluation répond à une demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, partie prenante du Plan Crack, et co-financeuse d'Assore. Elle concerne principalement les enjeux sanitaires de ce dispositif, c'est-à-dire les effets de l'hébergement et de l'accompagnement des usagers précaires sur les conduites addictives — dont la consommation de crack — et leur accès aux soins. Les enjeux non-sanitaires, comme la réinsertion sociale des usagers ou la réduction des troubles à l'ordre public autour des scènes de consommation, ne seront évoqués qu'incidemment.

Dans cette perspective, il faut rappeler qu'Assore est un dispositif d'hébergement n'ayant pour vocation directe ni la réduction des consommations de substances, ni à offrir directement des soins. Si la réduction de la consommation de crack ou d'autres substances psychoactives apparait comme un moyen d'atteindre les objectifs d'amélioration de l'état de santé et de la situation sociale des usagers d'Assore, il est important de noter qu'elle ne figure pas parmi les objectifs généraux présentés par Assore qui sont :

- Améliorer l'état de santé des poly-consommateurs de drogues en errance ;
- Réduire la morbidité, la mortalité, l'exclusion sociale ;
- Réduire le trouble à l'ordre public ;
- Améliorer la physionomie de certains territoires (tranquillité, sécurité publique);

La présente évaluation peut donc contribuer à renseigner les effets d'Assore sur la consommation de crack et l'accès aux soins afin de pérenniser son financement, mais elle ne devrait pas être abordée comme une évaluation du dispositif dans son ensemble avec une mesure de ses impacts sur des aspects sociaux, judiciaires, ou encore de sécurité publique.

Enfin, la réponse aux besoins de santé des personnes hébergées, y compris en matière d'addictions, passe par leur orientation vers les professionnels ou établissements adéquats. Ont donc été étudiées les possibilités ouvertes par l'hébergement et l'accompagnement, la manière dont les usagers et les professionnels parviennent à s'en saisir, plutôt que les conséquences directes et attendues d'une intervention de santé publique.

Démarche évaluative

L'évaluation a donc couvert les dimensions relatives aux gains sanitaires et d'accès aux soins permis par le dispositif. Le protocole validé initialement avec les différentes parties prenantes incluait également une évaluation de l'efficience du dispositif.

1. Approches et populations

Une démarche évaluative mixte, combinant des approches qualitative et quantitative descriptive et transversale, a été mise en place. Suite à une revue de littérature sur les gains sanitaires et l'efficience médico-économique du *Housing first* préalable, trois sources de données complémentaires ont été mobilisées de mi-août à mi-novembre 2022 :

- Entretiens avec des usagers, des professionnels en lien direct avec ces derniers, ainsi que des pilotes et coordonnateurs du dispositif;
 - Observations directes sur site par les évaluateurs ;
 - Enquête ad hoc auprès des usagers.

Plusieurs raisons ont justifié le choix de ces approches méthodologiques. Tout d'abord et en raison d'un calendrier de décision publique contraint, une temporalité d'évaluation courte a été retenue. Cela n'a pas permis la mise en œuvre d'une approche longitudinale et comparative sur un horizon assez long, afin d'objectiver l'évolution des comportements et des consommations des usagers dans le temps et d'objectiver les bénéfices d'Assore par rapport à d'autres dispositifs.

En raison du système d'information (SI) d'Aurore axé principalement sur la saisie de données sociales et contenant très peu d'informations structurées sur l'état de santé des usagers et leurs parcours de soins, nous avons conduit une enquête auprès de ces derniers afin de documenter leurs derniers recours au système de santé et leurs consommations. Le SI d'Aurore a par ailleurs été restructuré récemment et il était en cours d'appropriation par ses professionnels lors de l'évaluation. Il n'était donc pas pleinement inscrit dans leurs pratiques courantes d'accompagnement, ce qui en excluait également son usage.

Afin de maximiser l'acceptabilité de l'évaluation auprès des usagers, il a donc été convenu de nous reposer sur leurs déclarations quant à l'évolution de leurs consommations d'une part et de faire passer les questionnaires par leurs référents Assore d'autre part. Il n'était en effet pas envisageable d'en passer par des mesures biologiques, qui de surcroît ne nous auraient renseignés qu'imparfaitement sur les usages : leur fréquence et leurs modalités.

Une enquête *ad hoc* a donc été réalisée avec passation de questionnaires courts, à l'image de précédentes enquêtes d'Aurore, de l'Observatoire français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) ou d'équipes de recherche. La passation des questionnaires par d'autres canaux (envoi par mail, par message ou appel téléphonique, in situ par notre équipe d'évaluation) a été exclue en raison des particularités de ce public : acceptabilité et présence dans la chambre d'hôtel très fluctuantes, difficultés à faire confiance à des intervenants externes au dispositif pour évoquer des pratiques à risque et illicites sans introduction par leurs référents Assore au préalable, possession d'un téléphone incertaine.

Ces limites anticipées nous ont conduits à compléter les données d'enquête descriptive par une enquête qualitative auprès des professionnels de terrain (qu'ils appartiennent ou non au dispositif) et d'usagers volontaires. En revanche, les solutions identifiées n'ont pas permis de conduire l'évaluation économique, principalement en raison de la difficulté à définir un groupe témoin pour la mise en œuvre d'une approche comparative souhaitée par les décideurs (délai court, accessibilité difficile aux populations envisagées). Une telle approche aurait permis d'estimer la plus-value du dispositif par rapport à d'autres dispositifs d'hébergement similaires, ou à l'absence d'accompagnement des personnes présentes sur les scènes de consommation parisiennes, ou encore à la détention comme cela a pu être observé dans la littérature.

2. Données collectées

2.1. Entretiens

Nous avons réalisé des entretiens auprès des principaux acteurs concernés par le dispositif. Nous avons opté pour une approche globale, qui s'est intéressée aux actions menées dans le cadre du dispositif Assore ainsi qu'au tissu d'acteurs locaux qui interviennent dans l'accompagnement. Cela nous a permis d'avoir un regard large à la fois sur la prise en charge du public fréquentant les scènes ouvertes de consommation et les usagers d'Assore.

Nous avons réalisé 33 entretiens avec 39 personnes entre le 12 septembre et le 14 octobre 2022 (détail dans le tableau ci-dessous). Les entretiens avec les professionnels ont été réalisés en visioconférence généralement, et les entretiens avec les usagers, dans leur hôtel. L'intégralité des entretiens avec les usagers ainsi que la grande majorité des entretiens avec les professionnels ont été menés avant le démantèlement du campement de Forceval.

Les entretiens ont été construits de sorte à produire des données objectives sur le dispositif (description des tâches et l'organisation d'Assore, modalités d'intervention en cas d'urgence, etc.) et subjectives (regard des professionnels sur la réduction des consommations, pistes d'amélioration du dispositif, etc.). Des guides spécifiques ont été construits pour chaque type d'entretien (infirmiers,

psychologue, professionnels de maraudes, etc.). Ces guides ont été utilisés de façon souple, laissant une large place aux thématiques et aux points auxquels les personnes interrogées accordaient de l'importance.

	Nombre d'entretiens	Nombre d'enquêtés
Coordonnateurs ou pilotes du dispositif	6	9
Direction d'Aurore	1	1
Direction d'Assore	1	1
Chefs de service et coordonnateurs des équipes	2	3
Assore du 19 ^e et du 20 ^e		
Direction de Gaïa	1	3
Direction Départementale de Paris de l'ARS Île-de-	1	1
France		
Professionnels du dispositif	6	8
Binômes socio-éducatifs	2	4
Infirmiers	2	2
Psychologue	1	1
Assistant de service social	1	1
Professionnels de première ligne	4	5
Equipe mobile Premières Lignes, CAARUD EGO	1	2
CAARUD République B-10	1	1
Salle de repos Porte de la Chapelle, CAARUD EGO	1	1
CAARUD Boréal	1	1
Partenaires	4	4
CSAPA, Centre Pénitentiaire de Paris-La-Santé	1	1
CSAPA Espoir Goutte d'Or (EGO)	1	1
Fluid Crack	1	1
Phase, Association Aurore	1	1
Usagers	13	13
Total	33	39

^{*} Légende : CAARUD : Centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques pour usagers de drogues ; CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

2.2. Observations sur site

Quatre membres de l'équipe d'évaluation ont passé deux jours chacun avec les équipes d'Assore pour observer le fonctionnement du dispositif et réaliser les entretiens avec les usagers, la semaine du 26 septembre 2022. Deux binômes composés d'un professionnel médical et d'un chargé d'évaluation qualitative ont été constitués: un binôme a suivi l'activité de l'équipe du 19^e arrondissement les lundi et mardi et le second binôme a suivi celle de l'équipe du 20^e arrondissement les jeudi et vendredi.

Les évaluateurs ont pu assister aux échanges qui permettent de préparer les tournées des hôtels qui s'effectuent durant l'après-midi. Les cas complexes d'usagers y sont évoqués collectivement afin d'identifier les potentiels ajustements dans l'accompagnement à instaurer et les propositions les plus pertinentes à faire aux usagers concernés. Puis les évaluateurs ont pu suivre des binômes socio-

éducatifs dans leur tournée des hôtels et rencontrer des usagers. En accord avec les membres des équipes d'Assore, la diversité a été recherchée dans les profils d'usagers, la typologie des hôtels et leurs secteurs d'implantation.

2.3. Enquête auprès des usagers Afin d'étayer les constats effectués en entretien avec les professionnels et les usagers, une enquête transversale descriptive a été conduite auprès des usagers du dispositif, via la passation d'un questionnaire les interrogeant sur leur utilisation des services de santé, leurs éventuelles difficultés pour y accéder, leurs consommations et les effets d'Assore sur ces dernières et sur l'accès aux soins. Le questionnaire a été conçu par les évaluateurs et est présenté en Annexe 1. Afin de limiter les biais de mémorisation, le choix a été fait de poser des questions sur le recours récent au système de santé et sur les consommations en cours.

La projection initiale de 150 questionnaires retournés en deux semaines semblait raisonnable malgré les difficultés du public. La faisabilité était appuyée par une précédente enquête de l'association Aurore selon les mêmes modalités. En pratique, le lancement de notre enquête a été fortement perturbé par l'évacuation du campement Forceval le même jour. Cette opération a amené les professionnels d'Assore à assurer un volume conséquent d'inclusions dans le dispositif sur un temps très court (53 en 2 jours pour Aurore par exemple). Un cambriolage est ensuite survenu dans les locaux de l'équipe du 20°, avec un vol des tickets-service, limitant ainsi l'accès aux usagers qui se rendent plus volontiers disponibles pour leur distribution. Au total, 99 questionnaires ont été retournés, dont 93 complétés intégralement et 6 partiellement. 21% des usagers d'Assore (sur les 480 usagers hébergés environ avant l'évacuation de Forceval) ont donc répondu à cette enquête. Leurs caractéristiques sont similaires à celles de l'échantillon enquêté par Aurore en 2021 (cf. Détails dans les résultats).

Les items et données manquantes ont été décrits un à un de façon descriptive. Des analyses en sous-groupes ont été réalisées afin de comparer par exemple les usagers avec une ancienneté plus élevée dans le dispositif à ceux l'ayant intégré plus récemment, les usagers déclarant une pathologie chronique à ceux n'en déclarant pas, etc.

L'ensemble des observations permet de restituer les résultats selon le plan suivant :

- Situation sociale et sanitaire des usagers d'Assore ;
- Fonctionnement d'Assore et avantages ;
- Impacts d'Assore sur l'état de santé des usagers ;
- Freins identifiés ;
- Recommandations.

Résultats et discussion

1. Situation sociale et sanitaire des usagers d'Assore

Le dispositif Assore cible les usagers de crack fréquentant les scènes de consommation parisiennes et en situation de grande précarité. Les places d'hébergement sont proposées en priorité aux usagers dont la situation sociale et sanitaire est très dégradée par la vie en rue.

Les usagers d'Assore ont ainsi en majorité une situation sociale précaire et une situation sanitaire addictologique, somatique et/ou psychiatrique complexe, qu'ils partagent en grande partie avec l'ensemble des usagers de crack des scènes de consommation parisiennes. La complexité provient notamment de l'intrication de l'ensemble de ces problématiques pour une même personne.

Une grande partie de ces éléments est concordante avec les enquêtes précédentes auprès de cette population. Cette phase préliminaire d'identification des besoins sociaux et de santé des usagers a été cependant primordiale dans le cadre de cette évaluation, afin d'en étudier le lien avec les recours au système de santé (niveau de couverture des besoins des usagers) et les bénéfices permis par Assore sur ces problématiques.

1.1. Situation socialeLes personnes hébergées par Assore sont un public en grande vulnérabilité, cumulant grande précarité sociale et économique. Pour la majorité, ils ne bénéficient d'aucun revenu lié au travail. Certains ayant des droits à jour ont accès aux minimas sociaux comme le revenu de solidarité active (RSA). A ces difficultés matérielles s'ajoutent également l'exclusion sociale et la stigmatisation qui sont associées à la consommation de crack et d'autres produits.

Les usagers de crack sont, de plus, souvent isolés en raison de parcours personnels souvent heurtés. Les professionnels de maraudes interrogés identifient des profils récurrents dans l'histoire personnelle des usagers qui sont à leur contact :

- Un parcours migratoire traumatique (violences dans le pays d'origine, au cours du transit et/ou à l'arrivée en France);
- Un parcours au sein de l'aide sociale à l'enfance, associé à un mal-être important et des fugues répétées, les usagers se retrouvant isolés et sans ressource à leur majorité ;
- Les personnes victimes de violences intrafamiliales (agressions physiques, agressions sexuelles), en rupture avec leur entourage (majoritairement des femmes et des minorités de genres) ;

Du fait de sa grande précarité, ce public est en demande de services permettant de satisfaire les besoins physiologiques (logement, douche, toilettes, machine à laver, nourriture). La saturation des lieux de répit et de repos illustre cette demande forte des usagers. Ces lieux ne constituent qu'une réponse temporaire à ces besoins et ne sont pas une réponse pérenne à, la demande de logement. Le

dispositif Assore apparait, lui, comme une réponse plus adéquate à ce besoin. Mais Assore ne peut répondre à l'ensemble de ces besoins et diminue le recours des usagers aux autres dispositifs de répit sans l'exclure, car les offres ne se superposent pas complètement : le fait d'être hébergé dans Assore ne règle pas tous les points concernant l'hygiène personnelle ou la nourriture.

Pour les usagers migrants, l'éventuelle irrégularité de leur situation et les critères pour obtenir une autorisation de séjour impactent lourdement leur situation sociale. La consommation de crack et le mode de vie parfois associé (mendicité, vol, vente de stupéfiants) sont des motifs de refus de délivrance d'une carte de séjour, voire de retrait d'un titre valide. Le fait d'être en situation irrégulière limite fortement les perspectives de réinsertion en limitant entre autres les possibilités d'hébergement et de travailler, qui sont des facteurs majeurs de stabilisation. Cela s'accompagne souvent d'absence de droits à l'Assurance Maladie, ce qui limite l'accès aux soins, les excluant des soins courants de droit commun et restreignant l'accès aux soins d'urgence et aux dispositifs d'accès universel. Ainsi, ce sousgroupe d'usagers d'Assore se caractérise par un cumul de facteurs de vulnérabilité.

1.2. Conduites addictivesLes usagers concernés par le dispositif ont des profils de conduites addictives pluriels. Certains sont des polyconsommateurs anciens, avec une consommation ancienne de produits injectables comme l'héroïne et parfois encore active. D'autres sont des consommateurs plus récents, passés rapidement à la consommation de crack après une période de consommation d'autres produits (alcool, médicaments, ecstasy par exemple). Une partie des usagers rapporte avoir commencé une consommation récréative régulière dans un cadre festif, avant de perdre le contrôle progressivement sur les consommations.

La consommation de crack se fait en grande majorité par inhalation, l'injection étant très minoritaire. A noter que Gaïa accompagne plus d'injecteurs qu'Aurore, en raison d'un recrutement plus important parmi les usagers de sa salle de consommation à moindre risque (SCMR). La prise d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO) est fréquente, témoignant généralement d'un usage passé de ces produits. Ce traitement est généralement prescrit et délivré par un CSAPA. La consommation d'autres substances est également fréquente chez les usagers : benzodiazépines, alcool, tabac, cannabis, cocaïne, amphétamines...

Ces conduites addictives ne font pas systématiquement l'objet d'une demande de soins par les usagers. Certains considèrent qu'elle est maîtrisée, ou encore festive et ne souhaitent pas la réduire. D'autres ne souhaitent pas d'accompagnement dans leur démarche de stabilisation ou de réduction de la consommation. La plupart des usagers identifient les conséquences négatives de la consommation, tant sur le plan social que sanitaire, et sont ambivalents vis-à-vis d'une démarche de soins sur le plan addictologique. En revanche, les usagers adressent de nombreuses demandes sur le

plan somatique. L'accompagnement de ces demandes par les professionnels d'Assore est perçu comme un levier d'action pour instaurer ou poursuivre une démarche de soins addictologiques.

1.3. Troubles somatiques

Les usagers sont particulièrement exposés à certaines pathologies somatiques et celles-ci sont rapportées à la fois par les différents professionnels et par eux-mêmes. Ces pathologies et besoins de soins peuvent être provoqués soit par la consommation de produit en elle-même, le mode de vie associé à l'errance (bagarres, agressions, hygiène), soit par les pratiques à risque des usagers (produits injectables, prostitution). Les principaux problèmes repérés par les professionnels sont les suivants :

- Les blessures liées aux violences sur les scènes de consommation. La vie sur les scènes de consommation engendre des situations de violences. Les professionnels rapportent être régulièrement amenés à intervenir pour apporter des soins liés à ces violences, générant plaies par arme blanche et blessures liées à des altercations entre usagers (hématomes, fractures osseuses, dermabrasions). Ces situations nécessitent une détection et une intervention rapide de la part des professionnels, infirmiers en particulier, afin de limiter les risques de complications et de surinfections. Et ce d'autant plus que les usagers peinent souvent à identifier l'urgence et peuvent sous-estimer la gravité des situations.
- Les lésions de pieds. C'est un enjeu déjà identifié par des travaux précédents (de l'OFDT, notamment). Ces lésions ont également été rapportées par les professionnels d'Assore. Les lésions de pieds sont provoquées par l'errance des usagers qui parcourent de longues distances à pieds, avec un chaussage inadapté, voire absent, et un déchaussage peu fréquent favorisant l'apparition de lésions et leur aggravation par macération. Là encore, les professionnels observent que les usagers peinent à solliciter de l'aide à temps et laissent les problèmes s'aggraver. Ce cas, comme pour certaines blessures évoquées précédemment, peut également s'expliquer par la consommation de produits qui atténue les signaux douloureux.
- Problèmes cardio-pulmonaires. La consommation de crack se fait majoritairement par inhalation et sa consommation en grande quantité peut engendrer des lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire, ainsi qu'une dégradation de la santé cardiovasculaire à long terme. A ces causes s'ajoutent les atteintes cardio-pulmonaires liées à la consommation de tabac très fréquente dans cette population (bronchopneumopathie chronique obstructive, atteintes vasculaires) et les atteintes liées à la vie en rue et aux conditions de logement, d'hygiène et de nutrition précaires (pneumopathies, tuberculose pulmonaire).
- Les problèmes dentaires. La vie à la rue rendant impossible le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire, les usagers de crack en errance souffrent souvent de pathologies ayant atteint le stade de l'urgence : caries évoluées et abcès, entre autres. Ces situations sont aggravées par la

consommation de crack et d'autres produits inhalés, par le tabagisme et l'éthylisme qui ont des conséquences sur la sphère oto-rhino-laryngée (ORL).

- Les pathologies infectieuses liées à l'usage de produits injectables. La plupart des consommateurs de crack ont un usage actuel ou passé de produits injectables. Cette pratique de l'injection, favorisée par un manque de connaissances ou d'accès à du matériel stérile, et par l'urgence de la consommation, est responsable d'une prévalence très supérieure à celle en population générale de pathologies infectieuses (hépatites infectieuses, VIH, endocardites).
- La santé sexuelle et reproductive. La vie sur les scènes de consommation s'accompagne de situations à risque sur le plan sexuel. La pratique de la prostitution, et les violences sexuelles plus largement, engendrent des besoins d'accompagnement importants. Cet accompagnement concerne notamment la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les besoins contraceptifs, les suivis de grossesse et les parcours d'interruption volontaire de grossesse pour les femmes.
- Les maladies du vieillissement et les cancers. Certains usagers sont relativement âgés avec des parcours de rue et de consommation particulièrement longs. Aux pathologies liées à la consommation et au mode de vie précaire s'ajoutent donc des pathologies liées au vieillissement : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies rhumatologiques, etc.
- L'état nutritionnel altéré. L'errance et les addictions ont souvent amené les usagers d'Assore à faire passer leur alimentation au second plan. Cela engendre de nombreuses situations de sous-alimentation avec des carences nutritionnelles importantes pouvant entrainer des complications médicales (infectieuses, neurologiques...).
- D'autres affections chroniques. Certains usagers souffrent de pathologies chroniques que la vie à la rue peut aggraver, ou décompenser, comme l'épilepsie ou le diabète et pour lesquelles le suivi régulier et le maintien d'un traitement de fond est difficile.

Les troubles et pathologies dont sont atteints les usagers d'Assore sont donc multiples et parfois difficiles à déceler. Cela nécessite une vigilance importante des professionnels afin de trouver des solutions de prises en charge adaptées dans des délais parfois contraints, souvent en situation d'urgence et de décompensation.

1.4. Troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont très présents chez les usagers du dispositif Assore et plus généralement dans la population usagère de crack et polyconsommatrice. En effet, la présence d'une pathologie psychiatrique et les conséquences de celle-ci (augmentation de la précarité sociale et un isolement et une stigmatisation accrus) augmente la vulnérabilité aux conduites addictives et les risques sociaux de perte d'emploi, de perte de logement pouvant conduire à la vie en rue. Plus

largement, les conduites addictives et la vie en rue favorisent l'émergence, l'aggravation ou la décompensation des pathologies psychiatriques et rendent difficiles leur suivi et leur traitement.

Ces troubles psychiatriques sont difficiles à diagnostiquer lorsqu'ils coexistent avec les conduites addictives. La consommation de crack ou d'autres psychotropes altère l'état de conscience et le comportement des usagers. Lorsque ces consommations sont chroniques et quotidiennes, il est difficile d'établir un diagnostic psychiatrique caractérisé étant donné que l'usager est en permanence sous l'influence des substances ou présentant des symptômes de sevrage, de manque ou de craving (envie irrépressible).

Les évènements de vie péjoratifs et les difficultés sociales récurrentes auxquelles sont confrontés les usagers sont également des facteurs aggravants ou à l'origine de troubles psychiatriques. La difficulté supplémentaire pour les équipes de soins psychiatriques sera alors d'identifier s'il s'agit de troubles réactionnels ou d'une pathologie chronique non liée à des évènements de vie particuliers (exemple des troubles dépressifs notamment et de la survenue de crises suicidaires).

Au-delà des comportements manifestement pathologiques, mais non caractérisés, certains troubles psychiatriques sont régulièrement observés par les professionnels exerçant en CSAPA :

- Troubles psychotiques et notamment des schizophrénies caractérisées (parfois antérieures et dont le suivi a été interrompu par l'entrée en rue)
- Etats dépressifs,
- Troubles bipolaires,
- Etats de stress post-traumatiques liés aux parcours de vie des usagers et aux violences liées à la vie en rue.
 - Troubles de la personnalité (borderline état limite notamment)

Le besoin d'une prise en charge psychiatrique n'est pas toujours perçu par l'usager, du fait d'une anosognosie, d'une minimisation des troubles, ou parce que les préoccupations liées à l'usage de produits sont dominantes. L'accompagnement par des professionnels en qui les usagers ont confiance et l'orientation vers des dispositifs de soins adaptés semblent essentiels dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

Les usagers d'Assore présentent plusieurs caractéristiques récurrentes au moment de leur inclusion.

- Une grande précarité, renforcée pour les migrants par l'irrégularité de leur situation: absence de revenus issus du travail, faible accès aux droits sociaux et aux services de base, isolement résultant d'histoires personnelles chaotiques et de la stigmatisation des conduites addictives.
- Une consommation de crack toujours associée à celle d'autres substances, avec des configurations variées mais incluant presque toujours l'alcool et le tabac.
- De multiples affections somatiques, qui peuvent (1) résulter des consommations (pathologies infectieuses, atteintes cardio-pulmonaires) ou des conditions de vie en rue (blessures, lésions de pieds, sous-alimentation) ou (2) être apparues indépendamment de la situation des usagers mais insuffisamment soignées à cause de leur précarité (maladies liées au vieillissement, diabète, épilepsie, problèmes dentaires, etc.).
- Des troubles psychiatriques difficiles à objectiver en raison des consommations et de la précarité mais vraisemblablement très fréquents, et prenant parfois des formes caractérisées (troubles psychotiques ou bipolaires, de la personnalité ou de stress post-traumatique).

Les données collectées ne permettent pas d'élaborer une typologie des usagers d'Assore. On retrouve la distinction proposée dans le rapport de l'Inserm entre des usagers jeunes (de 20 à 30 ans) venus rapidement au crack et des usagers plus âgés (autour de 50 ans) passés par une consommation prolongée d'opiacés⁸. En revanche, on ne retrouve pas d'usagers intégrés ou semi-intégrés, auxquels ne s'adresse évidemment pas un dispositif tel qu'Assore.

⁸ CADET-TAÏROU Agnès et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, Etudes crack en Île-de-France, Paris, ODFT / Inserm, 2021.

2. Fonctionnement d'Assore et avantages

L'inclusion de l'usager dans le dispositif Assore est proposée par un CAARUD ou un CSAPA généralement après qu'il a été repéré par une maraude. Assore a mis en place un système de rotation entre ses différents partenaires pour assurer une équité d'accès au dispositif. Un ordre de passage a été défini entre les différentes structures et chaque fois qu'une ou plusieurs places d'hébergement sont disponibles dans Assore, le partenaire dont c'est le tour adresse un ou plusieurs usagers priorisés pour inclusion. Les critères retenus par les différents partenaires pour adresser des usagers dans Assore sont relativement empiriques. Sont ainsi pris en compte l'état général de l'usager, son niveau actuel de consommation, ses différentes demandes (soins, démarches administratives), ainsi que sa situation résidentielle (un usager qui dort en tente sur les scènes de consommations sera prioritaire par rapport à quelqu'un qui peut avoir des relais familiaux, par exemple). Les listes d'attente sont donc gérées par ces partenaires, qui assurent une priorisation des usagers selon l'appréciation de leurs situations.

Si l'usager adressé remplit les critères attendus par les professionnels d'Assore, ces derniers organisent une rencontre pour organiser l'inclusion de l'usager dans le dispositif. L'inclusion repose sur un processus conjoint entre les professionnels d'Assore, ceux de la structure qui adresse (CAARUD, maraude, autre) et l'usager lui-même. Ces rendez-vous d'inclusion sont l'occasion de présenter à l'usager sa chambre, le règlement intérieur d'Assore et les professionnels avec lesquels il sera amené à interagir durant son séjour dans le dispositif. Assore et ses partenaires doivent s'adapter aux places disponibles dans les différents types d'hôtels pour le processus d'inclusion, ce qui peut amener à retarder l'inclusion de certains usagers. Assore dispose en effet de plusieurs types d'hôtels :

- Des hôtels avec des passages quotidiens des équipes d'Assore qui sont généralement occupés intégralement par des usagers d'Assore. Ces hôtels se destinent aux usagers dont la situation est la plus dégradée. La tolérance sur les comportements et la dégradation éventuelle des chambres est assez élevée, notamment parce que les chambres d'hôtel elles-mêmes sont souvent vétustes.
- Des hôtels avec un seuil d'exigence plus élevé sur le comportement, la consommation et la tenue de la chambre, avec visite hebdomadaire voire bimensuelle des équipes d'Assore. Assore dispose généralement de quelques chambres dans ces hôtels, où ses usagers cohabitent avec une clientèle touristique. Ces établissements sont généralement plus éloignés des scènes de consommation.

Durant son séjour dans Assore, l'usager peut être amené à changer d'hôtel, soit pour des raisons de conflits avec l'hôtelier ou un autre usager, soit pour des raisons liées à l'entretien de la chambre (fumigation contre les punaises de lit, par exemple), soit pour changer de catégorie d'hôtel : un usager ayant progressé dans sa consommation et la tenue de sa chambre peut passer dans un hôtel avec un

plus haut seuil d'exigence par exemple. Assore n'a fixé aucun seuil de durée pour le séjour dans les hôtels. C'est seulement en cas de perte de vue prolongée des usagers, d'hospitalisation ou de détention supérieures à 6 mois que la chambre d'un usager est réattribuée. De plus, le passage par un hôtel à seuil d'exigence inférieur n'est pas obligatoire dans le parcours d'un usager et il peut, si sa situation le justifie, commencer dès son inclusion par un hôtel avec un plus haut seuil d'exigence. Assore et ses partenaires sont parfois en difficulté lors de l'inclusion des usagers à cause d'un décalage entre le besoin de certains usagers et les chambres effectivement disponibles à la date d'inclusion prévue.

Une fois installé dans sa chambre d'hôtel, l'usager est libre de ses allées et venues. Il reçoit, au rythme prévu, la visite régulière de ses intervenants socio-éducatifs référents. Ensemble, ils travaillent sur la tenue de la chambre et l'adaptation à la vie en collectivité en dehors de la rue. Les intervenants remettent également des tickets-service qui permettent aux usagers de réaliser des achats, notamment alimentaires, à raison d'un montant de 12 euros par semaine.

En plus des intervenants socio-éducatifs, les usagers peuvent bénéficier de l'accompagnement d'un infirmier et d'un psychologue dont le rôle est triple :

- Ils contribuent à évaluer les usagers sur les plans somatique et psychique.
- Ils assurent les relations avec les professionnels ou les services vers lesquels les usagers sont orientés. La présence des professionnels paramédicaux facilite l'adressage, car ils maîtrisent mieux les termes médicaux et infirmiers. Ils peuvent ainsi mieux expliquer les situations des usagers justifiant le recours à ces structures externes.
- Ils prennent en charge des problèmes ponctuels, dans le cadre d'une activité programmée ou non. Les infirmiers prennent en charge la « bobologie » selon le terme qu'ils emploient eux-mêmes. Assore dispose de petit matériel pour assurer ces soins quotidiens. Ponctuellement, Assore peut également avancer l'achat de médicaments pour les usagers. Les infirmiers sont également sollicités pour travailler sur la réduction des risques. Les psychologues aident les usagers à gérer leurs traumatismes passés, leurs difficultés à s'adapter à la vie en milieu hôtelier et le changement que représente la sortie de rue.

Assore compte également des travailleurs sociaux au sein de ses équipes. Ils ont pour mission d'accompagner les usagers dans l'ensemble de leurs démarches administratives, qu'elles aient été engagées avant ou pendant le séjour dans Assore. Les demandes des usagers sont faites directement aux travailleurs sociaux ou remontent par l'intermédiaire des éducateurs spécialisés et des infirmiers. Pour les usagers ayant la nationalité française, ces démarches impliquent des demandes de domiciliation (préalable à la plupart des démarches), de carte nationale d'identité, de carte vitale, de RSA ou d'autres minima sociaux.

Dans le cas des usagers d'origine étrangère, les démarches concernent la domiciliation, l'ouverture de droits sociaux comme l'Aide Médicale d'Etat (AME), ainsi que les démarches liées aux droits de séjour et aux demandes d'asile. Dans le cas des demandes d'asile, l'intervention du juriste de l'association est souvent nécessaire, la situation pouvant être complexe sur le plan légal et nécessitant d'engager des démarches formalisées auprès d'ambassades et de consulats d'autres états.

Les travailleurs sociaux sont également très impliqués dans le processus de sortie d'Assore, notamment par la constitution des dossiers de demande d'accès à des dispositifs d'hébergement d'aval ou de réinsertion professionnelle. Dans certains cas, les assistants sociaux aident les usagers à trouver des postes de bénévole dans des associations.

L'organisation actuelle rencontre deux enjeux principaux, du point de vue sanitaire :

- 1. Le repérage des besoins de santé
- 2. L'orientation des usagers vers les professionnels ou services adéquats (puisqu'Assore n'a pas vocation à dispenser des soins)

2.1. Le repérage des besoins de santé des consommateurs de crack des scènes parisiennes et des usagers d'Assore

Comme expliqué dans la partie précédente, Assore est avant tout un dispositif d'hébergement et de mise à l'abri des consommateurs de crack, cumulant les facteurs de vulnérabilité. A ce titre, la prise en charge et le soin médicaux ne constituent pas *stricto sensu* une mission du dispositif. Cependant, l'amélioration de l'état général et la capacité de maintien dans un hébergement nécessitent d'apporter des réponses aux problématiques somatiques et psychiatriques touchant les usagers d'Assore accompagnés. C'est pour cette raison qu'Assore comporte en son sein des infirmiers et des psychologues. Reste que leurs moyens d'action restent limités et qu'une prise en charge complète des besoins des usagers nécessite de les avoir bien cernés. Ce repérage se fait à plusieurs niveaux : au niveau des équipes au contact des personnes présentes sur les scènes de consommations et qui orientent des personnes auprès d'Assore d'une part *(maraudes, CAARUD et CSAPA)*, et au niveau des équipes d'Assore lors de l'inclusion et au-delà d'autre part.

Au niveau des équipes au contact des personnes présentes sur les scènes de consommation qui orientent des personnes auprès d'Assore (maraudes, CAARUD et CSAPA). Ces professionnels sont en contact direct avec les usagers de crack sur les scènes de consommation et accueillent également des usagers d'Assore dans leurs locaux. Ces équipes sont amenées à réaliser une évaluation générale de la situation des usagers qu'elles rencontrent, ce qui inclut l'état de santé. Cette évaluation ne repose pas sur un protocole précis, mais sur une appréciation générale de l'état de l'usager au moment de la rencontre, et de l'éventuelle évolution de cet état. Notons que pour les usagers dont le parcours démarre par un repérage par une maraude, les professionnels de cette dernière restent associés à leur

parcours. Ils sont ainsi impliqués dans la constitution des listes d'usagers à inclure établies par les CAARUD, ont la possibilité de rendre visite aux usagers dans les hôtels si nécessaire et participent au processus conjoint d'inclusion dans Assore. Cette possibilité est très appréciée par les professionnels de ces maraudes. Elle garantit une transition bénéfique pour l'usager et permet aux professionnels des différentes structures de se mettre en lien efficacement, notamment sur les aspects sanitaires. Surtout, cela permet de démarrer rapidement les prises en charge souhaitées par l'usager.

Au niveau des équipes d'Aurore et de Gaïa lors de l'inclusion et du suivi individuels des usagers d'Assore. Ce repérage des besoins de santé ne repose pas sur un protocole établi, par exemple avec une évaluation systématique et standardisée de l'état de santé des personnes hébergées à un stade précis de leur parcours (à l'inclusion ou à 3 mois, par exemple). Leurs besoins de santé peuvent apparaître par des canaux variés, à des temporalités variables :

Lors de l'inclusion, via :

- Les informations transmises par les équipes des maraudes, CAARUD, CSAPA, etc. L'une des maraudes que nous avons rencontrées estime à 40 % environ le nombre d'usagers qui ont engagé un parcours de soins avant d'être inclus dans Assore. Les besoins sont souvent urgents (plaies infectées, gangrène, suspicion de maladie infectieuse, etc.). Une transmission des informations peut alors s'opérer lors de l'inclusion et les maraudes ont parfois la possibilité de continuer à suivre certains usagers dans les hôtels comme évoqué précédemment.
- Les observations réalisées lors de l'entretien d'inclusion par les professionnels d'Assore. Si aucune démarche de soins n'a été initiée par l'usager, l'entretien conjoint d'inclusion est alors une occasion pour lui d'exprimer ses demandes. Notons toutefois que les psychologues et les infirmiers ne sont pas en mesure de participer systématiquement à ces entretiens d'inclusion.

Après l'inclusion dans Assore:

• La plus grande partie des repérages des besoins de santé est effectuée par les binômes socioéducatifs, qui sont les professionnels qui voient le plus régulièrement les usagers. Ces repérages
peuvent intervenir lors de visites programmées ou lorsque des usagers les sollicitent directement (par
téléphone notamment). Chez Gaïa, les intervenants sont accompagnés par les infirmiers lors des
visites, ce qui facilite le repérage des besoins de santé. Cette évaluation est très empirique et s'appuie
sur différents critères : état général somatique et psychologique (dont l'état nutritionnel/staturopondéral), le comportement de l'usager (fatigue ou déprime visibles, plaies, consommations
s'aggravant, dégradation de la chambre). Assore assure aussi une astreinte téléphonique que les
usagers ou les hôteliers peuvent contacter en cas d'urgence. Globalement, il s'agit d'un mode de
détection assez sensible, mais qui ne permet de repérer que les problèmes majeurs. Les professionnels
d'Assore ne sont alors en mesure de proposer que des solutions "symptomatiques" afin de soulager

l'usager ou de recourir à des solutions d'urgence (passage aux urgences, sollicitation des pompiers) quand la situation n'est pas contrôlable en hôtel. Un grand pan du travail des accompagnateurs est de faire émerger une demande de la part des usagers avant la survenue d'une crise ou d'un évènement aigu.

- Lors de la venue spontanée des usagers dans les locaux d'Assore. Chaque équipe d'Assore dispose de locaux où des permanences sont assurées. Les usagers peuvent s'y rendre sans rendez-vous pour réaliser leurs démarches administratives ou solliciter l'aide des professionnels d'Assore pour divers problèmes, dont le soin. Dans ses locaux, Assore dispose d'une petite pharmacie qui permet de réaliser quelques soins infirmiers simples (désinfection et pansage).
- Via les signalements des hôteliers ou des veilleurs de nuit de situations possiblement révélatrices de problèmes psychologiques ou psychiatriques (hurlements la nuit, actes de violence). Les professionnels d'Assore disposent de relais dans les hôtels pour être informés des situations entre les visites programmées. Les informations ainsi transmises permettent de déceler des situations de mal-être, des difficultés ou des comportements pathologiques. Ces situations rapportées permettent aux professionnels, particulièrement les psychologues, d'intervenir et de rencontrer l'usager lorsque cela est nécessaire.
- Par la sollicitation d'un autre dispositif au contact des usagers d'Assore dans le cadre ou non d'un suivi régulier (CSAPA, CAARUD, etc.). Les différentes structures intervenant dans l'accompagnement des usagers forment un tissu dense où les professionnels interagissent régulièrement. Lorsqu'un usager suivi par Assore se présente dans une autre structure avec une problématique de santé, les professionnels d'Assore sont rapidement informés de la situation et peuvent prendre les mesures adéquates. Les professionnels d'Assore ont par exemple cité l'exemple d'un usager qui s'est présenté dans un CAARUD pour un changement de pansement. Après examen de sa plaie, un médecin l'a invité à se rendre aux urgences pour une suspicion d'infection. L'usager refusant de s'y rendre, il a sollicité Assore pour un changement de pansement. La communication entre le CAARUD et l'infirmier d'Assore a donné à ce dernier une opportunité d'évaluer l'usager et d'engager un dialogue sur la solution la plus pertinente à son besoin de santé (les urgences en l'occurrence avec un accompagnement physique par l'infirmier).

Ainsi, le repérage des besoins des usagers, qui permet ensuite de proposer un recours aux services de santé les plus pertinents ou accessibles, se fait tout le long du suivi de l'usager dans le dispositif et débute même avant son inclusion. Ce repérage est porté par différentes personnes et plusieurs métiers en pratique. Une fois un besoin repéré et une demande de soins exprimée par l'usager, l'enjeu sera alors d'orienter au mieux l'usager auprès de professionnels et de structures compétents et acceptant l'accueil de ce public.

2.2. L'orientation vers les professionnels ou établissements de santé

Les premiers professionnels en mesure d'apporter une réponse lorsque des besoins de santé apparaissent sont donc les infirmiers et psychologues d'Assore. Lorsque la prise en charge en interne d'Assore n'est pas possible, soit parce que les professionnels ne sont pas disponibles, soit parce qu'elle est trop lourde et donc en dehors du champ de compétences des professionnels d'Assore, les usagers sont orientés vers des structures externes partenaires. Les partenariats ne sont pas formalisés, il s'agit plutôt de contacts réguliers et établis avec Assore de structures qui en connaissent bien les missions. Cette sous-partie vise à présenter ce réseau de partenaires et les options d'adressage qui sont offertes aux usagers et professionnels d'Assore pour les soins somatiques, addictologiques, et psychiatriques.

Pour les soins somatiques, les professionnels rapportent un accès aux soins assuré globalement, avec un réseau de structures dense. Notons cependant que les questions des droits à l'Assurance Maladie peuvent limiterfortement les options qui s'offrent aux usagers : une personne ne disposant pas de droits ouverts se trouvera dans la quasi-impossibilité d'accéder aux soins en ville et sera orientée systématiquement vers des structures hospitalières.

Voici les options d'adressage qui s'offrent à Assore :

- Pour les urgences somatiques, les professionnels accompagnent généralement les usagers aux services d'urgences les plus proches de leur hôtel. Si la situation le permet, certains services d'urgences sont privilégiés, dont celui de l'hôpital Saint-Antoine (dont l'équipe inclut des professionnels de santé de l'association Gaïa). L'impatience et la réticence des usagers à se rendre aux urgences compliquent ce travail. Il est donc important pour les professionnels d'Assore de les inciter, quand la situation le permet, à se rendre dans des services où le risque de stigmatisation est moindre et, éventuellement, dans des services où les temps d'attentes sont plus limités.
- Pour les problèmes dentaires, le recours principal est la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dentaire de la Pitié-Salpêtrière. Cette prise en charge s'avère relativement contraignante et peu adaptée aux caractéristiques du public d'Assore : la saturation du service entraine un délai de plusieurs mois d'attente pour avoir un rendez-vous.
- Pour les suivis gynécologiques ou de grossesses, ou la contraception, les usagères sont orientées vers le Planning Familial le plus proche de leur hôtel ou la maternité Port-Royal, qui dispose d'une équipe spécialisée dans la prise en charge de femmes enceintes souffrant d'addictions.
- Pour les maladies infectieuses, de nombreuses possibilités sont offertes, en fonction des situations. Pour le dépistage, les usagers sont accompagnés dans un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou un Planning Familial. Ces structures constituent souvent une entrée efficace, car rassurantes : pas de problématique de couverture sociale, l'anonymat est garanti et les professionnels ont l'habitude d'accompagner des personnes vulnérables sans stigmatisation.

Pour certaines pathologies comme la tuberculose ou le VIH, des prises en charge sont possibles dans les services de maladies infectieuses et tropicales des hôpitaux Saint-Antoine, Bichat et la Pitié-Salpêtrière.

Pour les usagers les plus stabilisés (capables d'honorer les rendez-vous et disposant de droits ouverts), des options existent pour des prises en charge chez des médecins généralistes en ville. Assore a notamment des liens réguliers avec le centre de santé du Groupe d'œuvres sociales de Belleville (GOSB), dans le quartier de Belleville qui oriente ses services auprès des populations fragiles sur les plans social et sanitaire. Certains usagers ont même un niveau d'autonomie qui leur permet de prendre en main seuls leurs prises en charge ou avec une aide minime des professionnels d'Assore. Rappelons également que les usagers suivis en CSAPA sont amenés régulièrement à voir un médecin, notamment ceux bénéficiant de TSO. A l'occasion de ces rendez-vous, les médecins peuvent prendre en charge les comorbidités somatiques intercurrentes.

CAARUD. Les professionnels interrogés rapportent un accès aux soins globalement assuré du fait de l'existence d'une offre très dense sur le territoire. Les données transmises par l'ARS Ile-de-France dénombrent en effet 21 CSAPA et 9 CAARUD dans Paris intra-muros. Si l'on prend en compte également les structures de Seine-Saint-Denis, s'ajoutent 6 CSAPA⁹ et 3 CAARUD. Parmi ces structures médicosociales, certaines sont identifiées comme accueillant un public pas toujours en capacité de maintenir un suivi. Les structures les plus régulièrement évoquées par les professionnels et les usagers rencontrés sont le CSAPA EGO, la SCMR gérée par Gaïa, ou le CSAPA "Sleep In" qui constitue un des 4 sites du CSAPA SOS 75. Cependant, même si l'offre est importante, des freins notables sont à signaler :

- Pour un nombre significatif d'usagers, un travail est à mener au long cours pour les mener à travailler sur leurs consommations. Cela fait que, malgré une offre de soins addictologiques importante, ces usagers en sont encore assez éloignés.
- Pour les usagers souhaitant évoluer vers un sevrage, en revanche, l'offre en cure et postcure est plus limitée. C'est un obstacle important dans la mesure où ces demandes sont rarement durables : il faut pouvoir y répondre rapidement. Une attente de quelques mois, voire de quelques semaines pour qu'une place se libère est un délai trop important pour ce public. La stabilisation ou la réduction des consommations peuvent être perturbées par certains évènements de nature à relancer la consommation (agressions subies, évacuation, problèmes de santé). Il est important comme l'ont appuyé les professionnels, de pouvoir soutenir une réduction de consommation amorcée par une prise en charge aux délais réduits.

_

⁹ Nous avons exclu de ce décompte 7 CSAPA situés sur le département en raison de leur spécialisation sur l'addiction à l'alcool.

La prise en charge psychiatrique des consommateurs de crack est, elle, marquée par des difficultés d'accès majeures. Les professionnels expliquent cette situation à la fois par la faiblesse globale de l'offre en psychiatrie, mais aussi du fait du cloisonnement avec la filière addictologique. D'une façon générale, les dispositifs de psychiatrie refusent de prendre en charge les patients non sevrés au motif que l'emprise des substances n'est pas compatible avec leur évaluation et leur suivi. Les éléments avancés par les professionnels interrogés sur le manque d'offre sont les suivants :

- Il n'existe aucune PASS psychiatrique dans Paris intra-muros. La seule PASS spécialisée en psychiatrie au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) se trouve à l'hôpital Henri Mondor à Créteil. Il faut environ une heure de transport en commun pour s'y rendre depuis les locaux des différentes équipes d'Assore (et donc plus de certains hôtels, dans le 93 par exemple).
- Il est difficile de faire prendre en charge les usagers d'Assore par un centre médicopsychologique (CMP). Ces derniers étant amenés à régulièrement changer de lieu d'hébergement il
 est difficile de les adresser à des CMP, qui reposent sur un principe de sectorisation. Certains
 professionnels d'Assore émettent l'hypothèse que ce critère de la sectorisation est utilisé de façon
 abusive par les CMP pour refuser la prise en charge d'usagers qui seraient trop complexes à prendre
 en charge. Le cas d'un usager subissant un refus de prise en charge par le CMP le plus proche de son
 hôtel nous a été présenté par les professionnels d'Assore. Et malgré une décision du centre
 psychiatrique d'orientation et d'accueil qui attribuait à ce CMP la charge de ce patient, il n'était
 toujours pas pris en charge. Des liens réguliers entre les équipes d'Assore et les CMP concernés
 pourraient permettre une avancée sur ce point, mais les équipes de ces derniers sont en effectifs
 réduits et connaissent une importante rotation du personnel, ce qui freine la construction de ces liens.
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie sont connues des professionnels d'Assore, mais ils en déplorent l'utilité limitée pour le public qu'ils prennent en charge, car elles ne se déplacent pas, et ne peuvent décider seules d'hospitalisation.
- Le dispositif Fluid Crack porté par le pôle de psychiatrie de l'Hôpital Fernand Widal (AP-HP) représente un espoir réel pour les professionnels d'Assore, mais ne peut répondre à l'ensemble des besoins. Fluid Crack est une équipe hospitalière mobile composée d'un médecin-psychiatre, d'un infirmier et d'un éducateur et qui est opérationnelle depuis novembre 2021. Elle a été constituée pour répondre aux enjeux de la prise en charge de pathologies duelles addictologiques et psychiatriques. Elle est capable de prendre en charge les patients avec des délais réduits, généralement inférieure à 2 semaines. L'équipe intervient également hors les murs en allant sur les scènes ouvertes afin d'instaurer un lien avec les consommateurs les plus éloignés du soin et déstigmatiser la psychiatrie. Ce travail permet de réorienter vers des CSAPA des usagers en rupture de suivi. Cette première étape de venue en CSAPA n'est pas sans difficulté et elle constitue un premier succès pour ces personnes.

Sur les 62 patients suivis de novembre 2021 à juin 2022 par ce dispositif, 43% ont eu un diagnostic de trouble psychiatrique avéré et 29% de trouble suspecté par l'équipe : 13% de schizophrénie ou de troubles délirants persistants (+16% de cas suspectés), 8% de troubles bipolaires (+6% suspectés), 10% de trouble de la personnalité borderline, 8% de stress post-traumatique. Quant aux troubles dépressifs, l'équipe perçoit la difficulté à établir les diagnostics. Il semblerait que ceux-ci soient plus réactionnels, en lien avec la précarité sociale très élevée de ces patients. Sur les 81 patients suivis entre novembre 2021 et novembre 2022, 4% avaient un trouble avéré et 9% un trouble suspecté ; 26% avaient un antécédent de tentative de suicide et 19% ont présenté une crise suicidaire au cours de leur suivi qui a donné lieu ou non à une hospitalisation. Ces premiers chiffres d'activité à 1 an du lancement du dispositif démontrent la compétence de cette équipe à établir des diagnostics et à mettre en œuvre des suivis psychiatriques adaptés chez les usagers actifs de crack. Les demandes de sevrage de crack sont fréquentes et elles se font en parallèle du suivi psychiatrique. Cependant, les délais d'attente pour accéder aux hospitalisations psychiatriques sont longs et Fluid Crack ne permet pas de résoudre cette problématique.

Une limite parait également atteinte en termes de file active avec ses moyens actuels. Cela s'explique par le fait que ce dispositif est également identifié comme une solution de recours par les autres structures concernées par les pathologies duelles (équipe mobile du Centre hospitalier Sainte-Anne, les urgences psychiatriques, équipe de liaison addictologique, espace de repos, etc.) et ne se limite pas aux usagers d'Assore bien évidemment (en juin 2022, 27% étaient en hôtel social).

• La somme de ces difficultés fait que les prises en charge psychiatriques n'interviennent que lors d'épisodes de décompensation ou de péril imminent pour les usagers. L'un des infirmiers d'Assore a évoqué le cas d'un usager souffrant d'une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée qui n'a été pris en charge que lorsqu'il a menacé de commettre une tentative de suicide. Il a alors été pris en charge en urgence et placé en cellule de dégrisement afin de pouvoir réaliser une évaluation une fois les effets de ses consommations dissipés.

Globalement, les usagers hébergés par Assore ont donc besoin d'un accompagnement pour identifier et prendre rendez auprès des structures les plus à même de répondre à leurs besoins. Le lancement d'une démarche de soin nécessite également une certaine « disponibilité cognitive » (terme employé par un professionnel de CSAPA) de la part des usagers. Si ces conditions sont réunies, l'accès aux soins somatiques est globalement assuré. Sur le plan psychiatrique, les usagers d'Assore sont particulièrement affectés par les difficultés d'offre de soins. De plus, le cloisonnement entre la psychiatrie et l'addictologie limite d'autant plus les possibilités de prise en charge.

Rappelons, enfin, que le fait d'engager des démarches de soins, ou même administratives n'est pas une condition d'hébergement : la volonté de l'usager est au centre de la démarche de travail d'Assore et quelques rares usagers ne souhaitent rien engager durant leur séjour.

2.3. Les bénéfices de l'accompagnement et de l'hébergement apportés par Assore

L'hébergement dans Assore agit sur les facteurs permettant une amélioration de l'accès aux soins. La sortie de la rue et l'emménagement dans une chambre d'hôtel permettent en soi une amélioration de l'état général des usagers. La sécurité apportée par le fait de ne plus être exposés à la violence des scènes ouvertes de consommation, la mise à l'abri des éléments (froid, pluie) sont autant d'éléments qui sont de nature à apaiser sur le plan psychique les usagers d'Assore. De plus, la distribution de tickets-service et l'accès à des repas grâce aux restaurants de la ville de Paris apportent une relative sécurité alimentaire qui en plus de contribuer à l'apaisement des usagers, améliore leur état général. Pour certaines maladies chroniques, comme le diabète, l'hébergement et un accompagnement quotidien peuvent permettre de prévenir plus facilement les difficultés.

Cet apaisement psychique est d'autant plus important dans la prise en charge des consommateurs de crack, qu'il est la condition première pour agir sur le niveau de consommation du produit et les prises de risque associées. L'apaisement apporté par la satisfaction des besoins primaires permet d'enclencher une progression sur le front de la consommation, ce qui facilite la prise en charge des besoins de santé. Les situations rapportées en détention l'illustrent bien : le sevrage du crack quasi total amené par la détention, ainsi que le fait de pouvoir manger à tous les repas, induisent une amélioration de l'état général de l'usager. Le cadre de la détention est *de facto* incitatif à recourir au soin : le fait de se rendre à l'infirmerie de la prison est un motif pour obtenir une sortie de la cellule en dehors des horaires de promenades. De plus, certains dépistages sont systématiques à l'entrée en détention, ce qui en facilite le repérage et les prises en charge associées.

Ce travail au long cours d'accompagnement des usagers par les professionnels d'Assore permet également de travailler à lever certains freins sur l'accès aux soins. L'absence de droit à l'Assurance Maladie, voire de droits sociaux en général, limitant le nombre d'options pour accéder à des soins, les professionnels d'Assore travaillent beaucoup à ce que les usagers amorcent ces démarches le plus tôt possible. Cela permet, de plus, de mobiliser les usagers sur des objectifs atteignables et de poser de premiers jalons pour les autonomiser. L'ouverture des droits n'est pas obligatoire pour accéder à des soins, mais les professionnels d'Assore ont unanimement considéré que la situation administrative est le critère principal pris en compte pour décider de la structure vers laquelle orienter un usager qui a besoin de soins.

Les liens réguliers entre les professionnels d'Assore et les usagers qu'ils accompagnent ont aussi pour effet de lever la méfiance de ces derniers envers l'univers des soins et l'hôpital. C'est

particulièrement visible pour le secteur de la psychiatrie, avec lequel certains usagers ont eu des expériences difficiles, comme l'hospitalisation sous contrainte avec des mises en contention. Les liens de confiance que les professionnels d'Assore tissent avec les usagers leur permettent de donner crédit aux structures de soins.

L'accompagnement proposé par Assore facilite le suivi médical et la continuité des parcours de soins des usagers. Dans l'ensemble, l'adressage des usagers vers les structures de soins et les professionnels de ville est compliqué par le fait que leur situation et leurs besoins sont systématiquement importants. Les liens avec les structures évoqués dans la partie précédente ne sont pas formalisés, par exemple à travers des conventions (Assore y travaille actuellement). Ils se sont construits progressivement, par une accumulation d'expériences, bonne ou mauvaises, qui ont permis d'identifier les structures en mesure de répondre aux besoins des usagers.

Compte tenu des réticences que peut entrainer chez certains soignants le profil des usagers d'Assore, la présence dans l'équipe d'infirmiers est rassurante et facilite leur travail. Le fait qu'ils connaissent bien les usagers et qu'ils soient souvent présents lors des premières consultations facilite le relationnel et le travail de diagnostic et de soins. Plus largement, l'accompagnement des professionnels favorise la continuité des suivis médicaux, car par leur présence ils participent au bon déroulement des parcours. Ils sont ainsi amenés à accompagner les usagers pour qu'ils honorent leurs rendez-vous ou à assister les équipes soignantes lors des hospitalisations dont les contraintes sont mal tolérées par les usagers.

Sur les moyen et long termes, cette relation permet aux professionnels d'Assore de tisser des liens privilégiés avec certaines structures dont ils savent qu'elles pourront prendre en charge les usagers de façon satisfaisante. En miroir, l'accompagnement intense qu'apporte Assore lors des consultations et des hospitalisations contribue à ce que le dispositif soit bien identifié et à lever certaines réticences pour la prise en charge des consommateurs de crack. Cela permet de renforcer la qualité d'accueil des usagers et augmente la probabilité que d'autres usagers puissent être pris en charge dans le futur.

Les usagers d'Assore présentent plusieurs caractéristiques récurrentes au moment de leur inclusion. Malgré l'absence de repérage systématique des besoins de santé des usagers d'Assore, les occasions s'avèrent nombreuses de les identifier : la transmission d'informations par les équipes de première ligne lorsqu'elles décident d'une inclusion, les échanges avec les usagers ou les observations réalisées par les professionnels d'Assore lors des entretiens d'inclusion, puis des visites dans les hôtels, les signalements des hôteliers ou des veilleurs de nuit, ainsi que le passage spontané des usagers dans les locaux d'Assore ou d'une autre structure pour exprimer une demande de soins.

Les infirmiers et les psychologues d'Assore peuvent répondre aux moins lourds des besoins de santé ainsi identifiés, les premiers en soignant de petites plaies et les seconds en assurant un accompagnement face à des traumatismes récents. La réponse aux besoins de santé plus complexes passe par l'orientation des usagers vers les professionnels ou services externes adéquats. Concernant les soins somatiques et addictologiques, l'offre à est assez dense dans le nord-est parisien pour assurer globalement l'accès des usagers d'Assore, la principale difficulté étant d'obtenir puis de maintenir leur adhésion à une démarche de soins. Concernant les soins psychiatriques, en revanche, des freins majeurs à l'accès apparaissent, provenant d'une faiblesse structurelle de l'offre en psychiatrie mais aussi d'un cloisonnement persistant avec l'addictologie. C'est essentiellement devant une décompensation brutale que les usagers d'Assore parviennent à être pris en charge.

D'un point de vue sanitaire, ce dispositif présente un triple avantage. Il permet d'abord aux usagers de s'abriter, c'est-à-dire d'échapper aux conséquences délétères de la vie en rue, avec un effet intrinsèquement bénéfique sur leur état de santé. L'intégration d'Assore favorise aussi la maîtrise des consommations et l'expression d'une demande de soins, en dégageant les usagers des besoins les plus immédiats et en les conduisant à échanger régulièrement avec une équipe éducative. Enfin, l'accompagnement assuré par les professionnels d'Assore renforce la continuité des parcours de soins, en aidant les usagers à honorer leurs rendez-vous médicaux ou à compléter leurs séjours hospitaliers, mais aussi à ouvrir les droits nécessaires. L'ensemble des acteurs interrogés considère ainsi l'hébergement et l'accompagnement proposés par Assore comme une condition nécessaire (bien que non-suffisante) à une prise en charge efficace des consommateurs précaires de crack.

3. Impacts d'Assore - Résultats de l'enquête

3.1. Sur les consommations de substances

Les addictions sont des maladies chroniques multifactorielles. Partant de ce constat, la mise à l'abri et l'accompagnement par Assore ne peuvent se suffire en eux-mêmes pour stabiliser ou réduire les consommations. Il est donc nécessaire de mettre en place des accompagnements pluriels qui respectent les choix de vie des usagers. Inversement, les résultats décrits ici quant à l'évolution des consommations ne sont pas liés à Assore uniquement, quelle que soit la tendance observée. Les méthodes mises en œuvre étaient descriptives (donc sans comparaison à un groupe témoin) et transversales, afin d'approcher à un temps donné la situation d'un échantillon d'usagers recrutés de façon large et non restrictive. Elles s'appuyaient également sur les déclarations des usagers et sur la collecte des professionnels qui les rencontrent régulièrement et qui savent reconnaitre les états liés à la consommation de crack. Les professionnels s'appuient également sur le suivi de la collecte d'aiguilles usagées, qui crée une opportunité de discuter des consommations (du matériel de collecte de déchets d'activités de soins à risques infectieux est mis à la disposition d'usagers injecteurs de crack ou d'autres substances).

Enfin, tous les acteurs interrogés s'accordaient à dire que la stabilisation de la consommation est déjà un objectif très ambitieux et un grand succès en soi en raison du profil très dégradé des bénéficiaires du dispositif. Elle résulte d'un processus de réflexion d'une durée variable sur la place qu'occupent la ou les substances dans la vie de l'usager et sur ses comportements vis-à-vis d'elle(s).

Les résultats détaillés de l'enquête sont rapportés en Annexe 2. L'ensemble des pourcentages sont exprimés sur l'échantillon des usagers ayant répondu à la question pour faciliter la lecture (les données manquantes étaient généralement faibles).

83% des répondants étaient des hommes et 11% des femmes. Leur âge médian (intervalle interquartile) était de 49 (36-49) ans. 33% des répondants étaient nés en France, 56% dans un pays hors-UE et 11% au sein d'un pays de l'UE. Les caractéristiques de cet échantillon étaient très proches de celles des usagers ayant répondu à l'enquête de l'association Aurore (cf. tableau ci-dessous, sur les variables comparables).

	Enquête	Enquête HCL
	Aurore 2021	2022
Nombre de répondants	≈ 140	99
Durée de l'enquête (semaines)	2	5,5
Âge moyen (ans)	44	43
Sexe, % d'hommes	84%	88%
Pays de naissance		
France	39%	33%
UE	4%	11%
Hors UE	56%	56%
Couverture Assurance maladie		
Complémentaire Santé Solidaire	30%	36%
Aide Médicale d'Etat	16%	28%
Aucune	46%	30%
Maladies chroniques		
Infectieuses VIH/VHC/etc.	9%	8%
Psychiatriques	13%	16% (neuro-psy)

Sur le plan des consommations, 78% des répondants ont déclaré avoir consommé du crack au cours des 30 derniers jours (usage considéré comme actif, 94 réponses), dont 22% à une fréquence quotidienne, 48% à une fréquence hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire et 7% moins d'une fois par semaine. Sur les 73 usagers récents de crack, 99% avaient opté pour la voie inhalée.

Sans surprise, la majorité (95%) déclarait l'usage régulier d'autres substances, à hauteur d'au moins une fois par semaine. Les substances les plus consommées étaient le tabac (82%), l'alcool (55%), le cannabis (50%), les TSO (2%) et la cocaïne (2%).

21 (22%) des usagers ont rapporté une absence de consommation de crack sur les 30 derniers jours avec une dernière prise remontant à moins de 6 mois pour 7 d'entre eux, à plus de 6 mois et moins d'un an pour 2 usagers ; à plus d'un an pour 5, et 7 usagers ne la situaient pas dans le temps.

87% des répondants ont déclaré une évolution de leur consommation de crack à la baisse depuis leur entrée dans un hébergement Assore : 68% l'ont diminuée et 19% l'ont complètement arrêtée.

Les éléments suivants ont été décrits comme des mécanismes propres à Assore ayant permis de stabiliser, de diminuer ou d'arrêter cette consommation :

- Le repos physique pour 77% des répondants
- Le sentiment de sécurité permis par la mise à l'abri pour 63% des répondants
- L'apaisement psychique qui découle de la mise à l'abri pour 54% des répondants
- La stabilité du logement pour 54% des répondants
- L'éloignement de scènes de rue et lieux de regroupement connus (La Chapelle, Forceval, Jardin d'Eole, etc.) pour 43% des répondants.

3% des usagers interrogés déclaraient avoir augmenté leur consommation de crack depuis l'inclusion dans le dispositif. Parmi les 14 usagers ayant stabilisé ou augmenté leur consommation depuis leur inclusion, 11 exprimaient toutefois une intention de la diminuer sur un horizon temporel non défini (l'intention étant généralement le plus grand facteur prédictif de changement d'un comportement défavorable à la santé).

Sur le plan des consommations de crack et d'autres substances, aucune différence n'était observée quant aux réponses entre les femmes et les hommes, ou chez les usagers ayant une plus grande durée d'hébergement, ou chez ceux déclarant une maladie chronique.

En revanche, même si tous les usagers percevaient des effets de l'hébergement et de l'accompagnement sur leurs consommations, quelle que soit l'évolution de ces dernières, plusieurs différences sont à relever entre ceux qui déclarent avoir réduit/arrêté ou stabilisé/augmenté leur consommation de crack. Le tableau suivant rapporte ces différences :

	Réduction /	Stabilisation /
	Arrêt	Augmentation
Nombre de sujets	n=77	n=14
Consommation quotidienne de crack	17%	57%
Consommation régulière (> 1 fois par semaine)	94%	100%
Tabac	82%	93%
Alcool	55%	71%
Héroïne et opioïdes	16%	0%
TSO	29%	14%
Médicaments antalgiques/sédatifs	18%	7%
Difficultés d'accès aux soins perçue - tous types	36%	71%
Accessibilité géographique	7%	14%
Délai d'attente	9%	29%
Autre problème à gérer	13%	29%
Recours récent à un professionnel de santé	83%	79%
Médecin généraliste	38%	21%
Psychiatre	14%	7%
Psychologue	16%	36%
SCMR	13%	7%
Recours récent à un service addictologique	67%	57%
CSAPA	37%	21%
Démarches administratives/sociales en cours	81%	86%
Assurance maladie	36%	64%
Année d'inclusion dans Assore		
2022	34%	23%
2021	18%	31%
2020 et avant	47%	46%

Globalement, les usagers déclarant un arrêt ou une réduction de consommation de crack depuis leur hébergement dans Assore présentent :

- Une consommation quotidienne de crack très inférieure (cohérente avec la déclaration de la réduction ou de l'arrêt qui faisait l'objet d'une question distincte).
- Des consommations régulières d'alcool et de tabac inférieures (au moins une fois par semaine, que cette consommation soit problématique ou non).
- Des consommations régulières d'opiacés (héroïnes, morphiniques, TSO) et de médicaments antalgiques ou sédatifs supérieures
- Deux fois moins de difficultés récentes d'accès aux soins.
- Un recours récent aux professionnels de santé équivalent globalement, mais avec un recours plus fréquent au médecin généraliste, au psychiatre et à la SCMR. En revanche, on observe un recours récent deux fois moins fréquent au psychologue.
- Une sollicitation récente à un CSAPA plus importante.
- Des démarches en cours avec Assore pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie deux fois moins fréquentes.
- Une inclusion récente dans le dispositif en 2022 plus fréquente et donc un accompagnement initié plus récemment.

Les résultats de l'enquête descriptive et qualitative convergent, ainsi qu'avec les résultats de l'enquête menée par Aurore en 2021. Bien que les estimations soient à interpréter avec prudence (notamment l'ampleur de l'effet qu'on pourrait déduire) en raison des limites méthodologiques (notamment les biais de déclaration et de désirabilité des usagers, les répondants sont les usagers présents dans leur chambre et en capacité de répondre), ils suggèrent une tendance positive quant à l'effet d'Assore sur les consommations.

Le sevrage total à toutes les substances reste toutefois rare parmi les usagers d'Assore (3 usagers sur les 99 répondants). Pour différentes raisons évidentes : multiplicité et ancienneté des consommations, désinsertion sociale, comorbidités somatiques et psychiatriques à stabiliser, une sociabilité sur les scènes de consommations qui incite à y revenir, motivation très fluctuante, des suivis à stabiliser, etc. Cependant, l'arrêt déclaré du crack est relativement fréquent, et la réduction déclarée de la consommation, très courante.

Dans cette perspective, les effets de l'hébergement sont beaucoup plus favorables sur la stabilisation ou la réduction des consommations de crack. La mise à l'abri et l'éloignement des scènes de consommation (arrêt ou diminution de leur fréquentation) permettent une meilleure maîtrise des modalités de consommation de crack et des autres substances : dans la chambre ou en dehors plutôt qu'en rue ou sur les scènes à la vue de tous, avec une réduction des risques associés (les violences

notamment) et moins de tentations de consommer. La stabilité du logement permet un suivi régulier en CSAPA ou autre centre de soins addictologiques. Avec le temps, les usagers concernés ont déclaré substituer un mode de prise de crack non contrôlée avec des envies irrépressibles par une consommation récréative maîtrisée, qui ne menace pas l'insertion sociale. Ces effets s'observent généralement à distance de l'inclusion, bien que cela ne soit pas confirmé par l'enquête.

Un usager rencontré a déclaré avoir cessé toute consommation de crack depuis quelques mois, et ce, en quelques semaines. Malgré une durée de consommation de crack d'une dizaine d'années, son état de santé était préservé. On notait un suivi en CSAPA régulier, une durée d'hébergement élevée supérieure à 2 ans et des contacts familiaux réguliers. L'usage d'autres substances psychoactives demeurait (tabac, TSO, alcool, cannabis), mais selon un mode relativement maîtrisé. Parmi les facteurs ayant motivé cet arrêt du crack, on notait l'apaisement psychique lié à l'hébergement et à sa stabilité. Ce qui a permis à cet usager d'améliorer grandement des conditions de vie qu'il ne supportait plus en lien avec la consommation (mendicité et temps passé sur les scènes de consommation). L'accompagnement en cours à l'actualisation des droits (carte d'identité française, PUMa, CSS, RSA) par les professionnels d'Assore a également facilité la projection dans le futur pour cet usager qui affichait la volonté d'une reprise d'activité professionnelle.

L'hébergement en hôtel avec éventuellement d'autres usagers consommateurs actifs peut rendre l'accès au produit plus facile. Cette vie en communauté peut être à l'origine de tentations, de sollicitations et de propositions des "pairs". L'issue sur la consommation dépendra alors du niveau d'assertivité intrinsèque de l'usager. Certains usagers ont en effet bien conscience d'être hébergés dans un dispositif avec peu d'exigences et de contraintes, et évitent les contacts avec leurs co-résidents pour ne pas être "tirés vers le bas" d'après leurs propres termes. Ces mêmes usagers rapportaient refuser sans difficulté les sollicitations. Ils avaient généralement des suivis addictologiques réguliers et rapprochés et présentaient des durées de séjour supérieures à 1 an.

Ces résultats reproduisent donc ceux issus d'analyses préliminaires suggérant avec précaution l'impact éventuel d'Assore sur les consommations de crack. Une stabilisation, une réduction et, moins fréquemment, un arrêt de consommation de crack peuvent survenir au cours de l'accompagnement et se maintenir dans le temps. Ces effets sont directement ou indirectement liés à l'hébergement et à l'accompagnement par les professionnels d'Assore.

3.2. Autres impacts sur la santé et l'accès aux soins

Si la consommation de substances est une constante conditionnant l'accès au dispositif (et « facilitant » dans une certaine mesure l'évaluation des effets de l'hébergement sur la consommation), la présence de troubles somatiques et psychiatriques est variable à l'inclusion et au cours du temps.

D'après l'enquête menée par l'association Aurore auprès des usagers d'Assore, « 38% présentent une problématique somatique diagnostiquée » et « 41% de la population présente des troubles sévères du comportement, dont 13% ayant une pathologie psychiatrique diagnostiquée » (Rapport d'activité d'Assore 2021). Les troubles somatiques et psychiatriques décrits sont très hétérogènes, par leur nature et probablement par leur stade d'évolution. L'enquête HCL converge avec ces résultats : 41% des répondants déclarent souffrir d'une maladie chronique avec une prédominance des troubles cardiovasculaires, diabétiques et pulmonaires (23% des répondants) et neurologique ou psychiatrique (16% des répondants) (cf. Annexe 2 pour le détail).

Durant la trajectoire type d'un usager d'Assore, aucun bilan de santé standard n'est prévu à l'inclusion ni à des échéances spécifiques, et le SI d'Assore n'a pas été conçu pour la collecte structurée de telles données de santé. Les critères d'accès aux soins pour les usagers constituent alors ici des critères de processus intermédiaires d'intérêt pour mesurer quantitativement l'efficacité du dispositif sur le plan sanitaire :

- Sur le plan de la santé mentale, la difficulté récurrente pour les psychiatres à caractériser les troubles psychiatriques dont souffrent les usagers d'Assore (avec une part significative de troubles suspectés plutôt qu'avérés, cf. le dispositif Fluid Crack par exemple) et l'hétérogénéité de ces troubles, empêchent également la mesure des résultats de santé en aval de la mise à l'abri et de l'accompagnement socio-éducatif sur cette dimension (quel est alors le résultat de santé à mesurer ?).
- Concernant les troubles somatiques et comme cela a été décrit précédemment, le recours aux soins et l'expression d'une demande de soin se font généralement dans des contextes d'urgence. La résolution de ces épisodes, par un passage de l'infirmier Assore, en PASS ou encore aux urgences, se fait généralement à court-terme. Concernant les pathologies chroniques où il serait intéressant d'observer l'évolution des usagers (infections VIH ou hépatite C, cardiovasculaires, respiratoires), elles concernent chacune insuffisamment d'usagers à l'échelle du dispositif pour tirer des conclusions quant aux gains permis par Assore.
- Sur le plan de la prévention/promotion de la santé au sens large et de la réduction des risques notamment (infections, surdose, troubles psychiatriques et sexuels, polyconsommation, usage-revente), aucune difficulté n'a été objectivée dans la mise en œuvre et dans l'appropriation de cette approche par les professionnels d'Assore. Plusieurs services externes à Assore agissent en matière de réduction des risques (les CAARUD notamment dont c'est la mission principale).

Les ressentis des professionnels et des usagers présentent un plus grand intérêt ici. Les professionnels d'Assore perçoivent que la mise à l'abri permet d'améliorer l'état de santé et social des usagers. Les

indicateurs qu'ils suivent en pratique courante lors de leurs contacts avec leurs usagers sont les suivants :

- Stabilisation ou réduction de la consommation de substances
- Reprise de poids, alimentation régulière
- Progrès dans la tenue de la chambre (propreté, rangement) et dans l'hygiène corporelle
- Relationnel apaisé avec ses référents socio-éducatifs, l'hôtelier, les autres résidents (pas de trouble du comportement suspecté)
 - Présence régulière à l'hôtel pour y dormir sans retourner sur les scènes de rue ou en détention
 - Mobilisation de l'usager pour ses droits et sa situation administrative
 - Reprise des contacts familiaux
 - Capacité à honorer des rendez-vous médicaux

Pour certains de ces critères, il s'agit de proxys reflétant un état de santé stable ou s'améliorant.

Au niveau d'usagers ayant déclaré avoir des maladies chroniques, la stabilité de l'hébergement et l'accompagnement à l'ouverture des droits à l'assurance maladie ont permis d'améliorer leur observance à leurs traitements (reprise de traitement antiépileptique par exemple) et à leur suivi, ainsi que de stabiliser leur pathologie (VIH avec charge virale indétectable par exemple).

Sur le plan du recours aux soins, 82% des répondants à l'enquête HCL ont déclaré un recours à un professionnel de santé au cours des 3 derniers mois confirmant le besoin élevé de cette population malgré un état de santé perçu comme très bon ou bon pour 45 % des répondants. A titre de comparaison en population générale selon les données Insee de 2017, 67% des personnes de plus de 16 ans se déclarent en bonne ou très bonne santé. Entre 30-49 ans — catégorie la plus proche de cet échantillon — ce chiffre s'élève à 77% chez les hommes français. Sur ces 82% ayant eu recours à un professionnel, 40% ont mentionné un recours à l'infirmier d'Assore, 35% à un médecin généraliste, 20% à un addictologue, 18% à un psychologue (d'Assore ou non), 15% aux services d'urgences et 13% à un psychiatre. Le recours fréquent à un médecin généraliste confirme les propos rapportés par les usagers et les professionnels (cf. Partie 4.1). Le médecin généraliste est un acteur de proximité pour les usagers, d'autant plus lorsqu'il assure les renouvellements de TSO. De même pour l'infirmier d'Assore qui est le professionnel de premier recours de choix des usagers, par sa facilité d'accès notamment.

65% des répondants ont déclaré un recours au système de santé (incluant les structures médicosociales) pour une prise en charge addictologique en particulier, qu'elle soit en lien ou non avec l'usage de crack : 34% auprès d'un CSAPA, 15% auprès d'un médecin généraliste, 18% auprès d'un CAARUD, 13% auprès d'une SCMR (en cohérence avec la première question sur les professionnels de

santé vus au cours des 3 derniers mois), 11% en milieu hospitalier et 5% auprès d'un CMP confirmant le faible recours à ces derniers décrit par les professionnels. En miroir, un tiers des usagers (35%) n'ont eu aucun recours à un suivi addictologique. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées : l'usager a arrêté ses consommations principales et ne ressent plus le besoin d'un suivi, l'usager à une consommation problématique mais refuse tout suivi ou n'a pas de droits ouverts à l'assurance maladie (30% des répondants pour rappel).

Concernant les difficultés d'accès aux soins perçues par les usagers, 43% des répondants ont rapporté avoir expérimenté des difficultés récemment, principalement en lien avec la nécessité de gérer d'autres problèmes personnels (17%), des délais d'attente trop importants (12%), un oubli de rendez-vous programmé (10%), un sentiment d'incapacité à initier ou à faire aboutir la démarche (9%) une accessibilité géographique limitée (8%) et le manque d'information (7%).

84% des répondants ont déclaré que le dispositif Assore leur facilitait l'accès aux soins : en les informant sur les démarches possibles (41%), en leur apportant une aide à la prise de rendez-vous (43%), une aide pour la couverture sociale (36%) et en renforçant leur sentiment d'auto-efficacité personnelle (42%). Ce qui est concordant avec les propos des usagers issus de l'enquête qualitative.

Certains sous-groupes se démarquaient sur des éléments précis :

- Les femmes déclaraient un recours plus important à l'infirmier d'Assore au cours des 3 derniers mois que les hommes : 73% versus 33%. Dans les échanges avec les professionnels d'Assore, cette tendance n'a pas été soulevée. En population générale, les femmes ont généralement plus recours aux soins primaires (médecin généraliste notamment), et cette tendance se reproduit probablement malgré le petit effectif de femmes dans le dispositif. De même que le renoncement aux soins est plus fréquent chez les hommes de cette tranche d'âges.
- Les répondants hébergés depuis moins de 9 mois déclaraient moins de recours récent aux professionnels de santé : 67%, versus 95% et 86% pour les répondants hébergés depuis 9-18 et plus de 18 mois respectivement. Ce qui est cohérent avec un besoin de répit prédominant en première phase d'hébergement décrit par les professionnels d'Assore.
- Les répondants déclarant une santé perçue très mauvaise ont plus fréquemment une maladie chronique. Ils ont également déclaré plus de difficultés d'accès aux soins par manque d'information (33% en cas de très mauvaise santé perçue versus [8-14%] dans les autres catégories) et avaient eu plus recours récemment au système hospitalier pour une prise en charge addictologique (67% versus [0-14%] pour les autres catégories).
- Les répondants ne déclarant pas souffrir d'une maladie chronique étaient plus exposés à l'absence de couverture maladie : 37% versus 15% chez ceux déclarant une maladie chronique. On

observait plus fréquemment chez ces mêmes usagers l'absence de recours récent au système de santé pour une prise en charge addictologique (45% versus 18%).

• Les usagers souffrant d'une maladie chronique étaient plus nombreux à avoir sollicité leur médecin généraliste pour une prise en charge addictologique récemment : 26% versus 8% parmi ceux n'ayant pas de maladie chronique. Cette tendance s'explique probablement par la facilité d'avoir un suivi global auprès d'un seul professionnel pour la maladie chronique et les addictions (d'autant plus si ce suivi s'accompagne d'un renouvellement de TSO régulier).

Il est difficile d'isoler les effets sanitaires d'Assore devant la complexité des situations dans lesquelles se trouvent les usagers précaires de crack, mais aussi la multitude de dispositifs leur proposant des suivis. On peut seulement observer les évolutions consécutives à leur inclusion, qui ne sont pas attribuables exclusivement à l'hébergement et à l'accompagnement assurés par Assore.

Concernant les conduites addictives, on repère ainsi un meilleur contrôle des modalités de prise de crack, réduisant les risques induits, particulièrement pour les femmes : hors de la rue ou des scènes, avec des temps de repos... 87% des répondants à l'enquête ont déclaré une évolution de leur consommation de crack à la baisse depuis leur entrée dans un hébergement Assore : 68% déclarent l'avoir diminuée et 19% l'avoircomplètement arrêtée. Les usagers et les professionnels témoignent d'une évolution vers une consommation récréative maîtrisée, cessant de retentir sur l'insertion sociale, plutôt que vers un véritable sevrage. Les usages réguliers d'autres substances sont trop variés pour décrire exhaustivement leurs variations.

Concernant l'état de santé somatique et psychique, les professionnels estiment que la mise à l'abri exerce des effets intrinsèquement positifs, bien que peu spécifiques, tandis que les usagers sont près de la moitié à rapporter un état de santé bon ou très bon. Il est difficile d'étayer ces impressions en l'absence de bilans de santé systématiques et répétés durant le séjour des usagers au sein d'Assore. Leurs consommations médicales peuvent sembler relativement faibles au regard de leurs besoins : d'après leurs déclarations, deux tiers des usagers ont bénéficié d'une prise en charge addictologique, un tiers ont consulté un médecin généraliste et un sixième un psychiatre durant les trois derniers mois. Mais dans le même temps, moins de la moitié d'entre eux évoquent des barrières aux soins. Il est finalement vraisemblable que l'accompagnement proposé par Assore facilite l'accès aux soins, mais dans des proportions qu'il est difficile d'objectiver.

4. Freins identifiés

Sont détaillés dans cette partie les freins à la progression globale des usagers d'Assore, en considérant aussi bien la maîtrise ou la réduction des consommations que l'accès aux soins et l'amélioration de l'état de santé. Ces freins sont déclinés par niveau d'action et de décision.

4.1. Au niveau écosystémique

On s'intéresse ici à l'insertion d'Assore dans l'ensemble des services médico-sociaux et administratifs, destinés ou non aux usagers de crack, avec une approche plus systémique. Une telle approche est essentielle dans la mesure où Assore se veut essentiellement un opérateur de logement. Les freins concernent à la fois les lacunes ou l'absence de certains dispositifs, et la coordination avec les dispositifs existants.

Un des premiers freins observés est lié à l'attente pour intégrer le dispositif (jusqu'à une quarantaine d'usagers en attente d'inclusion dans Assore pour une des structures « adresseuses »), qui ralentit de facto l'initiation d'un parcours d'accompagnement, et donc l'accès à des soins, quels qu'ils soient.

Sur le plan administratif, l'initiation de démarches administratives et d'accès aux droits sociaux rencontre certains freins, alors que les usagers d'Assore considèrent généralement leur aboutissement comme une condition sine qua non pour s'engager dans un processus de soins. Les démarches sont souvent longues (plusieurs mois) d'autant plus quand il s'agit de demandes d'asile nécessitant l'obtention de documents originaux du pays d'origine de l'usager. L'accompagnement par le travailleur social et par le juriste est une aide certaine à la constitution du dossier et à la poursuite des démarches dans le temps. Cependant, la temporalité des démarches administratives (plusieurs mois) est souvent très éloignée de la temporalité des usagers de crack (immédiateté) et engendre chez eux une frustration importante. Plus particulièrement dans le cadre des démarches pour la couverture sociale ou l'AME, certains usagers sont réticents à effectuer des démarches pour les soins courants qui ne correspondent pas à un besoin de soin immédiat et urgent. Afin d'accélérer ce processus, des usagers enclenchent de façon concomitante des démarches de soins et administratives avec plusieurs structures dans l'espoir qu'elles aboutiront plus vite. Une communication avec les partenaires permet alors d'éviter ces redondances. En cas de soins urgents, la situation est gérée avec les services sociaux des hôpitaux qui disposent d'une habilitation pour entreprendre les démarches nécessaires.

Sur le plan judiciaire, l'existence d'un casier judiciaire est également un frein aux démarches précitées, car cela complique les demandes de droit au séjour pour les usagers étrangers. Cela fait craindre aux usagers concernés d'être placé en détention ou en rétention administrative s'ils venaient

à être identifiés par des organismes publics, qu'ils soient répressifs ou non. Du fait de ce risque perçu, certains refusent l'initiation de démarches sociales.

Par ailleurs, les professionnels d'Assore ne sont pas informés des détentions par les institutions concernées lorsqu'elles surviennent. Se met alors en place une recherche d'informations concernant l'usager absent de sa chambre d'hôtel. Plusieurs hypothèses sont alors soulevées : retour à la rue, hospitalisation, décès, incarcération. Cette recherche est chronophage pour ces professionnels (sollicitation des CSAPA et des CAARUD en première ligne) et peut prendre plusieurs semaines. Leur information quant à l'incarcération d'un usager pourrait faciliter la continuité des soins ou leur initiation en milieu carcéral via la transmission d'informations a minima sur l'usager, et faciliterait également leur gestion des chambres disponibles (chambre maintenue ou libérée pour accueillir un nouvel usager et initier un nouvel accompagnement).

Concernant l'articulation avec l'offre sanitaire et médico-sociale, les principaux freins organisationnels identifiés sont les suivants :

- Le manque connu de relais en psychiatrie et le manque d'articulation avec l'addictologie, déjà évoqués précédemment dans ce rapport, engendrent des situations extrêmement lourdes pour les équipes et entravent le travail sur les consommations de substances (effet "ping-pong" perçu par les professionnels d'Assore entre les services de psychiatrie et d'addictologie, réticents à suivre ces cas lourds). Le dispositif Fluid Crack, rattaché au CSAPA de l'hôpital Lariboisière Fernand Widal, tend à résoudre cette dualité, à petite échelle (80 patients suivis en novembre 2022).
- Assore a besoin de se faire connaître des structures de santé de son territoire. Le recrutement d'infirmiers et de psychologues au sein des équipes d'Assore facilite grandement la mise en lien avec des équipes externes de soins et leur interconnaissance, mais également le lien avec les usagers. En jouant ce rôle de médiation et de facilitateur par la transmission de documents administratifs de l'usager par exemple (documents confiés par l'usager) ou par l'accompagnement physique de l'usager au sein des structures, le dispositif Assore augmente in fine l'acceptabilité de ces structures externes à suivre des consommateurs de crack. Et réciproquement, l'acceptabilité des usagers à recourir à ces services de santé. Ce travail de création de liens a été amorcé par Assore et devrait se poursuivre dans les mois à venir.
- Le manque de solutions d'hébergement d'aval à un hébergement Assore entrave le maintien au long terme des bénéfices sanitaires du dispositif pour les personnes évoluant favorablement (y compris en sortie de prison) ou pour les personnes vieillissantes ou malades.

L'offre de places d'hébergement très limitée quantitativement dans le droit commun et pas toujours adaptée aux spécificités du public d'Assore (problèmes de santé, consommation persistante de substances, niveau d'autonomie exigé dont l'autonomie financière) sont les difficultés principales identifiées. La consommation active de substances est généralement un critère de non-éligibilité aux dispositifs d'hébergement sociaux. Ces difficultés sont accrues pour les usagers d'Assore sans droits (absence de titre de séjour notamment) pour lesquels les perspectives d'évolution sont encore plus limitées.

Les solutions d'aval proposées aux usagers sont également moins acceptées que les hébergements hôteliers, notamment parce qu'ils doivent passer de chambres individuelles à des chambres et des sanitaires partagés, que les consommations y sont interdites et que leur localisation géographique est généralement éloignée de Paris (ce qui peut constituer un facteur d'isolement supplémentaire).

En raison de ces difficultés, l'hébergement en hôtel dans ce dispositif qui se voulait temporaire initialement perdure pour les usagers concernés et ils cessent alors de progresser, voire régressent en l'absence de perspectives et de la proximité des scènes de consommation. Si la stabilisation de l'hébergement et le maintien sous un toit sont dans une certaine mesure des signes de stabilisation de l'usager, une longue durée de séjour est en revanche contre-productive pour ce dernier.

Plusieurs dispositifs d'hébergement d'aval, dont Phase, sont identifiés par les professionnels d'Assore pour leurs usagers (Rapport d'activité Assore 2021). Avec une capacité de 57 lits et une équipe médico-sociale renforcée sur le plan médico-soignant (1 médecin et 2 infirmiers), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) Phase sont destinés aux personnes présentant des conduites addictives (principalement, mais pas uniquement liées au crack) et des pathologies chroniques (VIH, hépatites, diabète, insuffisance cardiaque ou respiratoire). La finalité poursuivie est un meilleur suivi des pathologies chroniques, sans exigence vis-à-vis des consommations pour autant. Ce dispositif intervient en aval d'Assore dans la mesure où les usagers doivent être capables d'habiter leur chambre. Il peut théoriquement accueillir des usagers en sortie de rue, mais en pratique, cela s'avère plus difficile. En raison de la proximité géographique et professionnelle des dispositifs Phase et Assore, tous deux portés par l'association Aurore, l'adressage d'usagers stables d'Assore pour un hébergement en ACT est grandement facilité. L'inverse est vrai également avec une possibilité de réadressage à Assore si l'hébergement en ACT s'avérait compliqué.

La difficulté récurrente pour les professionnels d'Assore de suivre les parcours des usagers dans les CAARUD et les CSAPA partenaires. Le problème ne relève pas de mauvaises relations ou de difficultés entre structures, mais plutôt de l'urgence permanente dans laquelle évoluent aussi bien Assore que ses partenaires. Passée l'inclusion conjointe, quand un usager d'Assore initie un suivi au

sein d'une structure partenaire, les professionnels de cette dernière et ceux d'Assore n'ont pas systématiquement le temps d'échanger. De même, les professionnels d'Assore ne peuvent pas toujours prendre le temps de faire le tour des partenaires pour identifier qui suit chaque usager.

Se pose également la question légitime du choix de l'usager de cloisonner ses prises en charge et de ne pas communiquer certaines informations. Il est très fréquent que les usagers aient un suivi en cours en CSAPA ou par un médecin traitant qui peut assurer le suivi addictologique (renouvellement de TSO notamment), le suivi somatique et psychiatrique. De fait, un dossier commun entre les différentes structures ne parait pas souhaitable afin de protéger les droits de l'usager, en dépit des bénéfices évidents que cela aurait pour la coordination de ses prises en charge.

4.2. Au niveau du fonctionnement interne d'Assore

A l'échelle du dispositif et de ses équipes, plusieurs facteurs pouvant limiter indirectement la progression des usagers ont été identifiés :

- Un fonctionnement des équipes d'Assore qui est en cours de stabilisation : l'augmentation rapide du nombre de places dans le dispositif et du nombre de professionnels en regard a mené à la restructuration des professionnels d'Aurore en deux équipes. Une équipe est installée dans le 19^e arrondissement et une seconde équipe dans le 20^e arrondissement, chacune disposant de locaux. Ces équipes couvrent des territoires différents. Actuellement, la volonté est à l'harmonisation des pratiques d'accompagnement entre les deux équipes afin d'en assurer la qualité.
- Les sous-effectifs des professionnels d'Assore par rapport au nombre d'usagers suivis et de leurs besoins. Ces sous-effectifs sont liés à la montée en charge du dispositif, aux difficultés de recrutement, aux opérations d'évacuation et de démantèlement des scènes de consommation. Lors de ces dernières, les équipes doivent absorber un nombre conséquent d'inclusions sur un temps très court, en sus de leur activité habituelle dense. A cela s'ajoute la dispersion des hôtels sur de vastes zones géographiques, corrélée à des temps conséquents de déplacement d'un hôtel à un autre.

Pour faire face à ces évolutions, le temps dédié à chaque usager par les professionnels socioéducatifs a dû être diminué. Les visites ont dû être espacées et elles sont désormais bimensuelles dans la plupart des hôtels. Cela rend plus difficile de voir les usagers, qui ne sont pas toujours dans leur chambre. Cela retarde et complique d'autant la construction de relations de confiance indispensables à l'entrée dans une démarche de soins. Une fréquence plus élevée de visites est toutefois maintenue dans les hôtels hébergeant des usagers aux besoins sociaux et de santé plus importants.

Le recrutement et la fidélisation des professionnels d'Assore sont difficiles. Les spécificités du public concerné et la démarche d'aller-vers rendent difficiles leur recrutement et leur fidélisation. Les professionnels restent en général deux ans dans la structure. La jeunesse de ces équipes et les

politiques de recrutement envisagées, comme le recrutement à l'issue des stages, soulèvent des questions sur la formation des professionnels vis-à-vis des enjeux de santé prévalents au sein de la population cible d'Assore. Plusieurs enjeux ont déjà été identifiés: la prévention dans le domaine de la santé sexuelle, l'accompagnement en addictologie, l'écoute active, l'accompagnement des entendeurs de voix. Des besoins de formations sont exprimés et sont bien identifiés par les chefs de service d'Assore, mais peuvent se heurter aux manques de personnels pour y dédier du temps. Pour pallier ces difficultés, les équipes mettent en place des formations internes et créent des outils, mais cela ne peut se substituer à une approche de plus long terme dans la gestion de carrière de ces employés. La stabilisation du dispositif et des fonctionnements des équipes dédoublées, ainsi que du projet d'établissement, devraient permettre in fine d'engager pleinement les professionnels d'Assore dans l'évolution de leurs pratiques et de leurs compétences. Pour rappel, l'adéquation des compétences des professionnels avec les demandes et besoins des usagers est un axe d'amélioration de l'accès aux soins.

- Dans l'accompagnement des usagers, le système des tickets-service distribués régulièrement fournit une accroche avec les usagers pour initier une démarche de soins et évoquer les consommations. Mais il gêne les relations et les échanges des professionnels avec les usagers, qui peuvent alors être motivés uniquement par la remise du ticket. La gestion des tickets est prise dans une forme d'injonction contradictoire : d'un côté, les usagers et les professionnels de maraudes font remonter le fait que le montant insuffisant amène les usagers à maintenir des conduites à risque (prostitution, mendicité), de l'autre les professionnels d'Assore craignent qu'une éventuelle augmentation accentue la dépendance des usagers au service. Le tout, avec une part importante du public qui ne peut pas trouver d'autres ressources du fait de son statut administratif (droits non actualisés, situation non régulière, etc.).
- Les observations faites précédemment, à l'échelle systémique notamment, ont mis en évidence les difficultés accrues d'accès aux soins et les risques cumulés des usagers en situation irrégulière, très nombreux dans le dispositif. Les populations migrantes sont surexposées à un cumul de facteurs de précarité et de vulnérabilité (notamment des facteurs induits par le processus de migration per se, mais également des caractéristiques sociales et sanitaires du pays de naissance, les violences subies dans le pays d'origine). Les dispositifs améliorant l'accès aux soins pour les migrants sont bien développés en France et très bien identifiés à l'échelle d'Assore : AME et PASS par exemple. Des difficultés existent dans le repérage de troubles et des besoins chez ces usagers en raison des écarts culturels.

Des équipes hospitalières parisiennes ont développé ces dernières années des consultations de médiation transculturelle à destination des populations migrantes et des professionnels en difficulté. Cette approche qui repose généralement sur des médiateurs culturels vise à réduire la distance

culturelle entre les usagers et les professionnels lorsque cette dernière serait à l'origine d'une nonadhérence aux traitements proposés engageant le pronostic vital. Le recours à des médiateurs culturels ou à de tels dispositifs, très limités en nombre par ailleurs, ne parait pas être une priorité et semble difficile dans sa mise en œuvre auprès des usagers d'Assore.

4.3. Au niveau des usagers

Plusieurs facteurs à l'échelle des usagers peuvent aboutir à des difficultés d'accès, voire à des renoncements de soins, ou encore, à la survenue de problématiques supplémentaires de santé :

- Les conditions d'hébergement dans certains hôtels posent aujourd'hui clairement problème aux professionnels comme aux usagers : présence de nuisibles, ventilation insuffisante, problèmes de courants électriques. Cela conduit non seulement certaines personnes à quitter le dispositif, mais engendre aussi des problèmes de santé supplémentaires : lésions dermatologiques par piqûres d'insectes, détresse psychologique de vivre dans ces conditions doublée d'une vigilance anxieuse accrue vis-à-vis de la réapparition d'insectes par exemple. Sans compter le travail supplémentaire que cela engendre pour les professionnels d'Assore qui tentent d'apporter des solutions de désinsectisation aux usagers en difficulté. La difficulté est que les hôteliers qui proposent ces hébergements sont les plus susceptibles de tolérer des dégradations et les troubles qui peuvent être associés à l'accueil des usagers les plus en difficultés.
- L'instabilité du logement. Les conditions d'hébergement engendrent parfois la nécessité de faire changer l'usager de chambre ou d'établissement pour différentes raisons (insalubrité, problématique interpersonnelle entre l'usager et les autres usagers ou l'hôtelier). La survenue d'un évènement intercurrent comme la détention ou une hospitalisation peut également amener Assore à réattribuer la chambre si l'usager est trop longtemps absent. Enfin, certains usagers sont en difficulté pour s'approprier leur hébergement. Par exemple, la chambre peut initialement être considérée comme un lieu de stockage des biens personnels par l'usager qui retourne alors dormir en rue sur des périodes plus ou moins longues. Les professionnels sont alors très mobilisés sur le volet "hébergement" lors des contacts avec les usagers, ou cela réduit la fréquence des contacts avec l'usager dont le suivi se trouve de facto fragmenté. Il faut alors du temps pour retrouver une stabilité dans l'hébergement, une continuité du suivi et travailler sur les problématiques de santé et les consommations.
- La priorisation des démarches administratives sur celles en lien avec la santé par les usagers. Compte tenu du frein que l'absence de droits ouverts représente pour l'accès aux soins, cette priorisation est logique. Si la problématique de santé n'est pas urgente, les professionnels peuvent encourager les usagers dans ce choix au vu des difficultés d'adressage liées à l'absence de droit. La

sollicitation ponctuelle de l'infirmier et du psychologue du dispositif permet dans ces cas-là de temporiser certaines problématiques.

- Le refus d'évoquer ses problématiques de santé avec les professionnels d'Assore a été exprimé par certains usagers en raison de la perception d'être réduit à son usage de substances et à une condition de patient, ou d'être infantilisé. Ce refus oblige alors l'usager à rechercher lui-même des réponses à ses besoins de santé, ce qui n'est pas toujours leur souhait ni dans leurs capacités. La santé est une thématique sensible touchant à l'intime et il faut alors du temps pour réussir à aborder cette thématique dans un cadre de confiance pour les professionnels d'Assore. Il peut alors être contreproductif de vouloir initier un parcours de soins systématiquement.
- La perte de motivation des usagers en difficulté pour sortir de ce dispositif, alors qu'ils en ont la capacité. L'absence de solutions d'hébergement d'aval ou les situations administratives complexes qui maintiennent les usagers dans l'irrégularité compliquent le travail des professionnels d'Assore. Le travail et les progrès des usagers ne s'accompagnant pas d'un accès à un travail ou à un logement avec plus d'autonomie, ce qui peut entrainer une démobilisation.
- Les périodes de consommation peuvent rendre les usagers moins disponibles et compromettre leur maintien en soin. L'amélioration de la situation des usagers d'Assore n'est pas linéaire et l'hébergement peut être associé à des phases de consommation intensive qui peut nuire aux démarches engagées, dont le soin.
- <u>Un hébergement consécutif à une longue période de vie en rue</u> complexifie le travail des accompagnateurs socio-éducatifs. L'acceptabilité d'initier des démarches en lien avec la santé est meilleure et plus rapide à obtenir chez les usagers vivant en rue depuis quelques mois « seulement » (les migrants par exemple).
- La honte de solliciter de l'aide ou les services de santé et les discriminations vécues par les usagers au sein de services de santé surexposés à la problématique du crack. Ces derniers ont généralement eu des expériences de soins difficiles avec cette population peuvent aboutir à des comportements de renoncement aux soins de la part des usagers, par crainte de revivre une expérience négative. L'accompagnement des usagers par l'infirmier d'Assore en milieu hospitalier (urgences, PASS) lorsque cela est possible facilite grandement le recours à ces services. Cet obstacle a été peu rapporté par les usagers lors de l'enquête (< 5% des répondants). Il a été plutôt décrit par les professionnels.
- La difficulté à s'inscrire dans un parcours et à "être patient" dans les démarches de soins. Les demandes sociales et de santé des usagers sont marquées par un souhait d'immédiateté et d'une motivation très fluctuante. Il est très fréquent que les usagers aient du mal à finaliser les démarches d'ouverture des droits qui facilitent l'accès aux soins. Le recours aux services d'urgences peine généralement à être suivi en aval par des démarches perçues comme non urgentes.

Par ailleurs, les usagers ont une temporalité que les professionnels se doivent de respecter. Un besoin de répit important est exprimé en début d'hébergement. Il s'agit d'une phase de récupération physique et psychique pour l'usager, après une longue période d'errance en rue pour certains. Durant cette phase, l'usager pourra être moins réceptif aux encouragements à initier des démarches administratives et de soins. Les professionnels se concentreront alors sur la création du lien de confiance avec l'usager et la stabilisation du logement, qui sera un support à l'initiation des démarches administratives, sociales et sanitaires.

L'efficacité d'Assore en matière de réduction des consommations et d'amélioration de l'état de santé des usagers précaires de crack rencontre plusieurs freins.

Les premiers interviennent au niveau écosystémique, en considérant l'ensemble des dispositifs susceptibles d'accueillir ces personnes à un moment de leur parcours. (1) La capacité d'Assore, bien qu'ayant crû fortement ces dernières années, demeure insuffisante au regard des besoins identifiés par les équipes de première ligne. Ceci les conduit à prioriser les usagers les plus vulnérables, au risque que la situation des autres ne se dégrade à un point qu'une inclusion précoce aurait pu l'éviter. (2) Les hébergements avals, permettant aux usagers de poursuivre leur trajectoire une fois stabilisés en hôtel, s'avèrent trop peu nombreux et mal adaptés. Ceci accentue l'engorgement d'Assore, où les usagers se retrouvent enfermés et où l'absence de perspectives peut les conduire à régresser. (3) La coordination entre les structures intervenant au contact des usagers précaires de crack reste discrétionnaire. L'information ne circule donc pas toujours de manière adéquate, faisant perdre du temps aux professionnels et (possiblement) des chances aux usagers.

Les seconds freins à l'efficacité d'Assore procèdent de son fonctionnement interne. (1) L'accroissement rapide des capacités d'hébergement, ainsi que les surcroîts d'activité résultant régulièrement des évacuations, ont contraint ses équipes à s'adapter en permanence. Elles n'ont pu rentrer dans le fonctionnement de routine nécessaire à la rationalisation et à l'harmonisation de leurs pratiques, ce qui se manifeste notamment dans le repérage des besoins de santé. (2) Les sous-effectifs engendrés par les difficultés de recrutement récurrentes dans le secteur médico-social retentissent sur les capacités d'accompagnement d'Assore : les visites sont espacées dans certains hôtels, le temps consacré à chaque usager est réduit. (3) La distribution de tickets engendre des effets pervers : elle permet d'accrocher efficacement les usagers mais tend à parasiter leurs relations avec les professionnels, ne serait-ce quepar le temps qu'elle requiert.

Les derniers freins à l'efficacité d'Assore concernent plus spécifiquement les usagers. Ils résultent d'abord des mauvaises conditions d'hébergement dans certains hôtels, qui peuvent engendrer des problèmes de santé supplémentaires et convaincre les usagers de retourner en rue. Par ailleurs, beaucoup d'usagers n'accordent spontanément qu'une importance assez faible à leur état de santé, privilégiant soit les consommations, soit la régularisation de leur situation administrative et la recherche d'emploi. C'est précisément l'une des fonctions de l'accompagnement que de les amener à formuler une demande de soins, lorsqu'elle est pertinente – ainsi qu'à surmonter la tendance à l'instantanéité qui les empêche de persévérer dans leurs démarches de santé.

5. Recommandations

Les observations précédentes soulèvent plusieurs questions concernant les évolutions futures d'Assore, compte tenu des objectifs assignés à ce dispositif et de l'environnement dans lequel il s'insère.

5.1. Faut-il augmenter la capacité d'accueil d'Assore?

Malgré la croissance substantielle d'Assore ces dernières années, il reste clairement des besoins d'hébergement à satisfaire. Les professionnels de première ligne interrogés ont chacun estimé connaître entre 30 et 40 usagers de leur file active rapidement orientables vers ce dispositif (au sens où ils ont exprimé une demande d'hébergement et paraissent aptes à « tenir » en hôtel). Compte tenu des recouvrements possibles entre leurs files actives, on peut estimer que cela représente une centaine de personnes. Mais ce chiffre ne constitue qu'un plancher. D'une part, nous n'avons pas enquêté auprès de tous les services de première ligne intervenant dans le nord-est parisien. D'autre part, les professionnels interrogés estiment qu'un élargissement significatif d'Assore aurait l'effet d'un appel d'air : sachant que les possibilités d'hébergement se développent, davantage de personnes se manifesteraient afin de s'en prévaloir. Il reste ainsi difficile de savoir ce que devrait être la capacité maximale d'Assore, ce qui renvoie à l'impossibilité de déterminer précisément le nombre d'usagers précaires de crack fréquentant les scènes de consommation parisienne.

Par ailleurs, une croissance supplémentaire de ce dispositif n'irait pas sans difficultés. Elle impliquerait d'abord de renforcer les équipes afin de ne pas dégrader l'accompagnement, ce qui n'irait pas de soi face aux problèmes de recrutement rencontrés par l'ensemble du secteur. Elle nécessiterait aussi de capter de nouvelles chambres d'hôtel, sachant que cette captation exige déjà un travail conséquent, que ses résultats ne sont pas toujours satisfaisants (devant la qualité des chambres obtenues). De plus, il n'est pas assuré qu'il existe une offre hôtelière suffisante, notamment au vu du budget par chambre d'Assore. Enfin, une croissance supplémentaire d'Assore en gonflerait le coût, sans régler les difficultés que nous avons identifiées, ni améliorer les services rendus aux usagers.

Il semble préférable de **développer des hébergements en aval**, dont la faible taille ou l'inadaptation contribuent directement à engorger ce dispositif, tout en entravant la progression de certaines personnes. On peut considérer qu'un premier choc d'offre est intervenu pour sortir les usagers de la rue, mais qu'un second est maintenant nécessaire pour sortir ceux qui le peuvent d'Assore, afin qu'ils poursuivent leur trajectoire au sein de dispositifs répondant mieux à leurs besoins. Face à la diversité de leurs profils, plusieurs modalités d'hébergement seront nécessaires, qui dépendront notamment (1) de la situation administrative des usagers, (2) de leur degré de sevrage, (3) de l'autonomie qu'ils semblent capables d'atteindre dans leur vie quotidienne, qui détermine

l'intensité de l'accompagnement social nécessaire, et (4) de la présence de pathologies chroniques requérant un suivi médical rapproché. Les dispositifs d'hébergement actuels, spécialisés ou non en addictologie, répondent plus ou moins bien à ces différents critères.

Plutôt que de les considérer isolément, selon les besoins spécifiques auxquels ils répondent, il semble maintenant nécessaire de réfléchir à leur articulation, en rentrant dans une logique de parcours. Il s'agit d'abord de préciser jusqu'où l'on peut mener les usagers précaires de crack, selon la diversité de leurs profils (temps passé en rue, consommations, comorbidités somatiques et psychiques, situation administrative, ressources, etc.) et des objectifs à poursuivre (sortie durable de la rue, réduction ou arrêt des consommations, amélioration de l'état de santé, réinsertion sociale, etc.). Il faudra ensuite déterminer les étapes nécessaires pour y parvenir, ainsi que les dispositifs d'hébergement les plus appropriés pour chacune. Enfin, il y aura à travailler sur la continuité des parcours, en veillant notamment à ce que le transfert d'un dispositif à l'autre puisse s'accomplir dans un délai raisonnable. En effet, toute rupture dans ces parcours, qu'elle résulte d'une carence de l'offre d'hébergement ou d'un défaut de coordination, n'entrave pas seulement la progression des usagers, mais risque aussi de réduire à néant les efforts consentis jusqu'alors. Il semble finalement important d'inclure la détentiondans cette réflexion, où les séjours peuvent s'avérer bénéfiques grâce à l'arrêt des consommations de crack, aux dépistages obligatoires, à une alimentation régulière. Ces bénéfices se perdent souvent faute de possibilités d'accueillir les usagers à leur sortie : ils doivent repasser par la rue avant d'intégrer ou de réintégrer Assore, qui n'est pas un dispositif particulièrement adapté pour les personnes sevrées.

5.2. Faut-il accroître les capacités d'accompagnement d'Assore ?

Une seconde évolution possible d'Assore concerne les capacités d'accompagnement de ses équipes : leur renforcement permettrait des visites plus régulières dans les hôtels, devenant bihebdomadaire au minimum, ou des visites plus longues, les professionnels consacrant davantage de temps à chaque usager. Une telle évolution pourrait apporter des avantages substantiels : meilleure connaissance des usagers, réactivité accrue face à leurs besoins ou aux difficultés susceptibles de survenir, accélération possible de leurs progrès, etc., conduisant globalement à une efficacité accrue de l'accompagnement. Mais ce renforcement des équipes d'Assore semble peu réaliste face aux difficultés de recrutement qu'elles rencontrent, comme toutes les structures auprès desquelles nous avons enquêté. On peine à voir quelles mesures d'attractivité pourraient répondre à des difficultés qui semblent aujourd'hui structurelles, tant elles sont répandues dans le secteur addictologique, voire dans l'ensemble du secteur médico-social, où revient régulièrement l'impression d'une grande désertion des professionnels après l'épidémie liée au coronavirus. La plus sûre manière de renforcer les capacités d'accompagnement des équipes d'Assore serait alors de réduire le nombre de personnes

hébergées, comme nous l'avons déjà suggéré. Mais cela impliquerait le développement de structures d'hébergement adaptées aux usagers sortant d'Assore, qui prendra nécessairement du temps.

Remarquons enfin qu'un tel renforcement ne constituait pas nécessairement la priorité des professionnels interrogés. Certains estimaient que les effectifs prévus pourraient suffire (avant l'évacuation du square de Forceval) si les postes vacants étaient pourvus. Leur première préoccupation était d'assurer la continuité du service en ne disposant d'aucune marge pour absorber les congés, les absences ou les formations, et plus généralement les imprévus. Cette vulnérabilité organisationnelle les conduisait souvent à travailler dans l'urgence, en retentissant inévitablement sur la qualité de l'accompagnement. Sans possibilité réaliste de renforcer les équipes à court terme, on ne peut envisager que deux solutions. La première d'éviter de les mettre en difficulté par des actions unilatérales auprès des usagers précaires de crack, comme l'évacuation du square de Forceval. La seconde serait de les aider à s'organiser pour travailler plus efficacement, en exploitant au mieux le potentiel dont elles disposent. Plusieurs pistes apparaissent :

- Continuer à développer le système d'information d'Assore, pour faciliter la circulation de l'information entre les professionnels et la traçabilité des démarches entreprises.
- Accentuer la coordination avec les autres structures intervenant auprès des usagers précaires de crack, qu'elles relèvent du social, du sanitaire, du policier ou du carcéral. Il s'agit, comme évoqué précédemment, d'éviter aux professionnels de chercher des informations déjà connues par d'autres, ou d'entreprendre des démarches redondantes.
- Renforcer les fonctions support au sein des équipes d'Assore, notamment pour la captation des chambres d'hôtel ou la reconstitution des dossiers des usagers, en espérant que des postes n'impliquant pas de contact avec les usagers soient plus facilement pourvus.
- Développer les recours pour prendre en charge les troubles psychiatriques, qui s'avèrent très lourds à gérer pour les professionnels.

5.3. Faut-il médicaliser Assore?

Une dernière évolution possible d'Assore concerne sa médicalisation, c'est-à-dire le renforcement du volet sanitaire de l'accompagnement, initié par l'adjonction d'infirmiers aux équipes à partir de 2018. Il s'agirait cette fois de recruter des médecins généralistes — disposant éventuellement d'une valence addictologique — pour assurer le suivi courant des usagers, ou des psychiatres susceptibles de gérer les troubles mentaux modérément sévères, sans devoir en référer à d'autres structures. Cela permettrait une meilleure réactivité, réduirait sans doute la proportion de démarches médicales n'allant pas à leur terme, et soulagerait les professionnels, qui passent beaucoup de temps à négocier et suivre les prises en charge des usagers. Mais une telle évolution rencontrerait une lourde contrainte de faisabilité, puisqu'il faudrait parvenir à recruter suffisamment d'ETP

médicaux, ce qui semble assez utopique. Elle pourrait aussi avoir un double effet pervers. D'une part, elle aboutirait au développement d'une filière spécifique, contribuant à maintenir les usagers précaires de crack hors d'un droit commun auquel il faudrait pourtant les réintégrer. D'autre part, elle accentuerait leur dépendance à l'égard d'Assore, qui risquerait de devenir un guichet unique pour toutes leurs démarches (hébergement, alimentation au travers des tickets et des cartes-restaurant, ouverture de droits, prise en charge médicale, etc.). Cette tension traverse tous les dispositifs d'aide sociale : plus ils offrent de services à leurs usagers, mieux ils peuvent répondre à leurs besoins, mais plus ceux-ci tendent à se reposer sur eux.

La médicalisation d'Assore n'est donc pas réclamée par ses professionnels, qui suggèrent plutôt de renforcer les dispositifs médicaux vers lesquels ils pourraient orienter les usagers, avec des besoins particulièrement marqués en psychiatrie. Dans cette perspective, le dispositif Fluid Crack est jugé très favorablement, non seulement parce qu'il conduit un psychiatre à la rencontre des usagers et des équipes, mais aussi parce qu'il comble une réelle lacune de l'offre de soins actuelle, à savoir la concomitance des addictions et des troubles psychiatriques. Il ne peut cependant suffire totalement, étant lui-même dépendant des possibilités d'orientation et du manque d'offre de soins psychiatriques, car il ne dispose pas en propre de capacités d'hospitalisation. De plus, Fluid Crack commence à s'approcher de la saturation après moins d'un an d'activité, avec une file active d'environ 60 patients. Il semble alors souhaitable *a minima* d'étendre et de pérenniser ce dispositif, qui concerne les seuls besoins des usagers précaires de crack pour lesquels aucune réponse n'existait jusqu'à présent, en développant ses accès à l'hospitalisation psychiatrique.

Par ailleurs, et indépendamment de toute médicalisation supplémentaire d'Assore, une meilleure structuration de son approche des soins pourrait s'avérer bénéfique. Comme nous l'avons vu, la santé constitue un enjeu important pour ses équipes, mais qui reste abordée au cas par cas, lorsque des besoins ou des demandes émergent parmi les usagers. Ceci fait courir le risque que certaines pathologies demeurent inaperçues. De la sorte, un approfondissement de la coordination avec les autres dispositifs intervenant auprès des usagers précaires de crack serait opportun, non plus pour faire gagner du temps aux professionnels, mais pour éviter que les besoins de santé de certains usagers soient négligés, parce que les professionnels d'Assore ne les remarquent pas ou les croient pris en charge dans une autre structure. Dans le même esprit, l'instauration de bilans de santé systématiques après l'inclusion dans Assore, en laissant quelques mois aux usagers pour ne pas les brusquer, pourrait faciliter le repérage de certaines pathologies et l'initiation de démarches de soin. Il faudrait cependant disposer de moyens humains pour réaliser ces bilans, qui nécessiteraient sans doute un temps infirmier supplémentaire, et veiller à ne pas effrayer les usagers les plus réticents aux soins.

La nécessité reconnue de l'hébergement, l'efficacité relative de l'accompagnement pour y maintenir les usagers, ainsi que les obstacles identifiés à la réduction de leurs consommations et à l'amélioration de leur état de santé, conduisent à formuler plusieurs recommandations concernant les évolutions futures d'Assore. Elles se présentent comme trois alternatives.

- 1. Ne pas étendre les capacités d'hébergement d'Assore mais **développer les dispositifs aval,** susceptibles d'accueillir les usagers dont la situation est stabilisée, et leur permettant soit de poursuivre leur trajectoire de réinsertion, soit de bénéficier de solutions durables adaptées à leurs contraintes (s'ils ne parviennent au sevrage, restent dépendants, souffrent de pathologies chroniques, etc.). Assore pourrait ainsi fonctionner comme un sas, et non plus comme une nasse, tout en libérant des places pour répondre aux besoins encore observés en rue.
- 2. Ne pas renforcer les équipes assurant l'accompagnement, ce qui ne semble guère faisable devant les difficultés de recrutement du secteur, mais les aider à travailler plus efficacement. Plusieurs pistes apparaissent concernant les fonctions support, le système d'information d'Assore, ainsi que la coordination avec les autres structures intervenant auprès des usagers précaires de crack.
- 3. Ne pas médicaliser l'accompagnement mais structurer son volet sanitaire, d'une part en formalisant ses rapports avec les autres acteurs du soin et en instaurant des bilans de santé systématique pour les usagers, d'autre part en renforçant l'offre à bas seuil en psychiatrie. Le dispositif Fluid Crack est salué comme une réponse adaptée, mais non-pérenne à ce jour, et atteignant déjà ses limites de capacité.

Ces recommandations procèdent du constat qu'Assore ne peut suffire à régler les difficultés soulevées par la prise en charge des usagers précaires de crack. Il semble désormais souhaitable de mener une réflexion globale sur les parcours de ces usagers, en considérant l'ensemble des dispositifs nécessaires ou concernés, avec un objectif qui ne se limite plus à la sortie de rue mais évolue vers la réinsertion.

Conclusion

A l'issue de cette évaluation, menée dans une perspective strictement sanitaire, le résultat le plus évident est que l'hébergement constitue un préalable nécessaire à toute prise en charge efficace et durable des usagers précaires de crack. La qualité première d'Assore est alors sa capacité démontrée à les maintenir dans un logement, grâce à l'accompagnement assuré par ses équipes. Les longues durées de séjour permettent d'assurer un accompagnement au long cours des démarches de l'usager pour sa santé (selon le rapport d'activité d'Assore pour l'année 2021, environ 90% des usagers avaient une durée de séjour supérieure à 6 mois). Cette priorité donnée à l'hébergement n'est cependant qu'apparente : la santé s'avère une autre préoccupation des professionnels d'Assore, qui se mobilisent constamment pour répondre aux besoins qu'ils identifient chez les usagers. Ils parviennent ainsi à initier des prises en charge qui peuvent alors se poursuivre auprès des professionnels ou des services adéquats, à condition de les trouver.

Concernant les soins addictologiques et somatiques, l'offre est globalement suffisante sur le territoire, et adaptée au public pris en charge par Assore. Il est toujours possible d'orienter les usagers, et les principales difficultés proviennent plutôt de ces derniers. L'enjeu est notamment leur capacité à s'engager dans des démarches suivies et l'accompagnement ne suffit pas toujours à remédier à ces difficultés. Concernant la psychiatrie, en revanche, l'offre de soins adaptée aux pathologies duelles (existence concomitante d'un trouble psychiatrique et addictif, rendant la prise en charge plus complexe) est très insuffisante. Cette situation aboutit à l'exclusion des patients souffrant de conduites addictives, au premier rang desquels figurent les usagers d'Assore, parmi lesquels les troubles mentaux sont fréquents.

Assore souffre également du manque de solutions d'hébergements d'aval, qui pourraient accueillir des personnes suffisamment stabilisées pour poursuivre une trajectoire d'insertion. Ces dernières sont aujourd'hui maintenues dans le dispositif Assore. Ce maintien de personnes stabilisées et parfois sevrées contribue à surcharger le dispositif, en plus d'augmenter les probabilités de rechute. L'essentiel des solutions d'aval envisagées a des seuils et des attentes qui ne semblent pas réalistes pour des usagers sortis d'Assore. En plus des places nécessaires dans les structures déjà existantes, une réflexion est à mener pour des dispositifs destinés à des personnes dont on sait, par leur parcours et leur situation, qu'un sevrage n'est pas envisageable. Des professionnels ont ainsi imaginé des lieux destinés à ces publics et centrés sur la prise en charge de l'addiction, par exemple en les couplant avec une SCMR.

Aujourd'hui, une grande partie des sorties positives du dispositif Assore se font vers d'autres dispositifs portés par l'association Aurore (les dispositifs PHASE et SILOE, particulièrement). Le fait qu'Aurore gère autant de dispositifs d'aval permet de faciliter certaines sorties, mais a pour

inconvénient de garder les usagers en vase clos. Il apparait nécessaire au terme de cette étude qu'un travail soit mené pour proposer des structures qui prennent le relais d'Assore pour accompagner les usagers. Sans cela, il sera impossible de maximiser les effets de l'accompagnement qu'Assore propose aux usagers de crack.

L'ensemble des résultats présentés dans cette étude ne peuvent être correctement analysés sans prendre en compte les particularités du contexte dans leguel le travail d'Assore s'insère :

- Le fonctionnement général du dispositif Assore n'est pas stabilisé. Son existence est relativement récente au regard de la problématique du crack à Paris. La montée en charge rapide depuis le début de l'année 2020 a laissé peu de temps aux équipes pour réfléchir à leurs pratiques et aux modalités d'accompagnement des usagers. L'organisation observée et décrite dans le présent rapport est récente et nécessite elle-même un temps d'adaptation pour les professionnels d'Assore. L'appropriation de ce fonctionnement par les professionnels aura des conséquences sur la façon de travailler l'accès aux soins et les consommations.
- La situation initiale des usagers est très dégradée. Les personnes hébergées par Assore souffrent d'une très grande précarité et d'un état de santé très dégradé. Dès lors, les résultats sur le plan sanitaire et de la consommation de produits ne peuvent être obtenus rapidement. Au vu de la montée en charge relativement récente du dispositif, il n'est pas surprenant de ne pas observer l'ensemble des résultats attendus.
- Ces résultats ne portent que sur l'action et les usagers d'Assore. Les professionnels d'amont sont amenés à faire une sélection lors de l'inclusion pour maximiser son intérêt pour l'usager, d'autant plus que le nombre de places reste limité. Un grand nombre de consommateurs de crack présents sur les scènes ouvertes de consommations ne sont pas inclus dans Assore et ne bénéficient pas de l'accompagnement de ses professionnels. Compte tenu du périmètre de son action et des moyens qui lui sont alloués, il est clair que ce n'est pas le seul hébergement hôtelier au sein d'Assore qui sera en mesure de répondre à l'ensemble des problématiques liées au crack à Paris.

Assore ne reste qu'un maillon, indispensable certes, d'une longue chaîne d'acteurs sociaux, médicaux, policiers et judiciaires qui ne pourront apporter une réponse efficace qu'en poursuivant leur travail collectif dans le cadre du Plan crack.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire soumis aux usagers d'Assore

Annexe 2 : Résultats détaillés de l'enquête

Annexe 1 : Questionnaire soumis aux usagers d'Assore

Equipe Assore qui passe le questionnaire :
×
 Ces 3 derniers mois, avez-vous vu l'un des professionnels suivants pour un soin? (plusieurs réponses possibles)
☐ Infirmier d'Assore
☐ Médecin généraliste
☐ Dentiste
☐ Ophtalmologue
Addictologue
☐ Psychiatre
☐ Psychologue
☐ Pneumologue
Pour les femmes : Gynécologue
☐ Dermatologue
☑ Professionnels de la salle de conso (SCMR)
☐ Infectiologue
☐ je suis allé aux urgences
Aucun
Autre:
Diriez-vous que votre état de santé général est (une seule réponse) :
O Très bon
O Bon
O Moyen
O Mauvais
O Très mauvais
3) Avez-vous actuellement des maladies chroniques (maladies qui durent ou qui reviennent) ?
☐ Diabète, hypertension, maladie du cœur ou des poumons (asthme ou bronchite par exemple)
☐ Infections (VIH, hépatites par exemple)
☐ Maladie neurologique ou psychiatrique
☐ Cancer ou maladie du sang
☐ Problème gynécologique
□ Non, je n'ai aucune maladie chronique
☐ Je ne sais pas
4) Pour vos soins (assurance maladie) : (plusieurs réponses possibles)
i'ai une carte vitale
☐ j'ai aussi la complémentaire santé solidaire (ex CMU-c)
i jai l'Aide Médicale d'Etat (carte grise)
☐ Je ne suis pas couvert
☐ Je ne sais pas

5) Avez-vous rencontré récemment des difficultés pour être soigné ? (plusieurs réponses possibles)
☐ Non, aucune difficulté ☐ Je ne savais pas qui aller voir (manque d'information)
Je n'ai pas réussi à expliquer mon problème
C'était trop compliqué d'y aller
Les délais d'attente étaient trop longs
☐ Je ne parle pas assez bien français
☐ J'avais d'autres problèmes à gérer (besoin d'argent, papiers, alimentation)
Je ne me sentais pas capable d'initier cette démarche
☐ J'avais honte
☐ J'avais peur d'être mal accueilli du fait de ma situation
J'avais peur qu'on me dise d'arrêter de consommer des substances
☐ J'ai oublié mon RDV
6) Pensez-vous que cet hébergement dans cette chambre d'hôtel vous aide à vous soigner?
Oui
○ Non
7) En quoi cela vous aide-t-il ? (plusieurs réponses possibles)
Apport d'informations sur les démarches de soins
Aide pour aller au rendez-vous (prise de rdv, traduction, transport, rappel des dates, etc.)
Aide pour obtenir une couverture sociale (carte vitale, complémentaire santé, aide médicale d'Etat)
Aide pour me donner confiance en moi à initier les soins
Condition : La question 7 était posée en cas de réponse positive à la question 6.
Condition : La question 7 était posée en cas de réponse positive à la question 6. 8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse)
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse)
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse)
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé Injecté
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé Injecté
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé Injecté Les deux
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé Injecté Les deux 10) Depuis quand consommez-vous du crack ? (une seule)
8) Avez-vous consommé du crack ces 30 derniers jours ? (une seule réponse) Oui, tous les jours Oui, une ou plusieurs fois par semaine Oui, moins d'une fois par semaine Non 9) Quel était votre mode de prise ? (une seule réponse) Fumé ou inhalé Injecté Les deux 10) Depuis quand consommez-vous du crack ? (une seule) Moins d'1 an

Condition : La question 10 était posée en cas de réponse positive à la question 8.

11) A quand remonte votre dernière prise de crack ? (une seule réponse)
O Moins de 6 mois
C Entre 6 mois et 1 an
○ A plus d'un an
O Ne sait pas
12) Consommez-vous d'autres substances régulièrement (au moins une fois par semaine) ? (Plusieurs réponses
possibles)
Non, aucune autre
Cocaïne
Amphétamines, Ecstasy
☐ Héroïne et opiacés (Skenan par exemple)
Alcool
☐ Tabac
Cannabis
Drogues de synthèse (exemple : 3-MMC)
13) Ces 3 derniers mois, quels professionnels avez-vous vu pour évoquer une addiction ? (plusieurs réponses
possibles)
☐ Médecin généraliste
□ CSAPA
□ CAARUD
☐ Hôpital
Centre médico-psychologique (CMP) (psychologue ou psychiatre)
☐ Professionnel de la salle de conso (SCMR)
Aucun
Autre:
Condition : La question 11 était posée en cas de réponse négative à la question 8.
Depuis que vous êtes hébergé à l'hôtel, votre consommation de crack a-t-elle évolué ? (une seule réponse)
O J'ai arrêté
Je consomme moins qu'avant
Je consomme autant qu'avant
Je consomme plus qu'avant
14) Avez-vous l'intention de diminuer votre consommation de crack ?
○ Oui
○ Non, je n'y réfléchis pas
45) December 1 decembe
15) Dans cet hébergement, y-a-il des éléments qui vous aident à stabiliser ou diminuer votre consommation ?
(plusieurs réponses possibles)
☐ le repos physique
☐ le repos physique ☐ le sentiment de sécurité
☐ le repos physique ☐ le sentiment de sécurité ☐ l'apaisement psychique
☐ le repos physique ☐ le sentiment de sécurité ☐ l'apaisement psychique ☐ avoir un logement stable
□ le repos physique □ le sentiment de sécurité □ l'apaisement psychique □ avoir un logement stable □ l'éloignement des lieux de regroupement connus (La Chapelle, La Villette, Jardin d'Eole, etc.)
☐ le repos physique ☐ le sentiment de sécurité ☐ l'apaisement psychique ☐ avoir un logement stable
□ le repos physique □ le sentiment de sécurité □ l'apaisement psychique □ avoir un logement stable □ l'éloignement des lieux de regroupement connus (La Chapelle, La Villette, Jardin d'Eole, etc.)
□ le repos physique □ le sentiment de sécurité □ l'apaisement psychique □ avoir un logement stable □ l'éloignement des lieux de regroupement connus (La Chapelle, La Villette, Jardin d'Eole, etc.)

Condition : La question 14 était posée si l'usager répondait « Je consomme autant qu'avant » ou « Je consomme plus qu'avant » à la question 14.

16) Avez-vous des démarches en cours ? (plusieurs réponses possibles) Papiers d'identité / Titre de séjour Assurance maladie / Sécurité sociale Recherche de logement ou d'emploi Aucune démarche en cours Autre :
Partie pouvant être complétée sans l'usager. Bien penser à
enregistrer les réponses sur le bouton bleu final
1) Sexe (une seule réponse possible) : Homme Femme Autre
2) Âge (en années) ?
3) Lieu de naissance (une seule réponse possible) :
France
O Hors France, en UE
○ Hors UE
4) Année et mois d'entrée dans Assore :
5) Fréquence des visites à l'hôtel par les professionnels d'Assore (une seule réponse possible) :
○ Quotidienne
○ Bi-hebdomadaire
O Hebdomadaire
Autre:
6) L'usager a-t-il été incarcéré (prison) ces deux dernières années (une seule réponse possible) :
○ Oui
○ Non

Annexe 2 : Résultats détaillés de l'enquête

Variable	Nombre de répondants	N (%) Médiane (IQR)
Caractéristiques des usagers répondants		
Nombre total de répondants		99
Sexe	93	
Femme		11 (12%)
Homme		82 (88%)
Age exprimé en années, médiane (Q1-Q3)	92	42 (36, 49)
Pays de naissance	93	
France		31 (33%)
Hors UE		52 (56%)
UE		10 (11%)
Antécédent de détention	93	27 (29%)
Couverture Maladie (PUMa, CSS, AME)	99	
Ne sait pas		1 (1.0%)
Non couvert		30 (30%)
Oui		68 (69%)
PUMa	99	23 (23%)
CSS	99	36 (36%)
AME	99	28 (28%)
Durée d'hébergement par Assore	92	
0-9mois		30 (33%)
9-18mois		19 (21%)
18 mois et plus		43 (47%)
Fréquence des visites d'Assore	92	
Bimensuelles		2 (2.2%)
Bihebdomadaires		30 (33%)
Hebdomadaires		36 (39%)
Quotidiennes		24 (26%)
Etat de santé perçu	99	
Très bon		13 (13%)
Bon		32 (32%)
Moyen		40 (40%)
Mauvais		8 (8.1%)
Très mauvais		6 (6.1%)

Variable	Nombre de répondants	N (%) Médiane (IQR)
Présence d'une pathologie chronique	99	, , ,
Ne sait pas	33	17 (17%)
Non		41 (41%)
Oui		41 (41%)
Diabète, maladie cardio-vasculaire ou		23 (23%)
pneumologique		- (,
Pathologie infectieuse (VIH, VHC, autre)		8 (8.1%)
Pathologie Neurologique ou psychiatrique		16 (16%)
Cancer		4 (4.0%)
Pathologie gynécologique		3 (3.0%)
Recours aux services de santé		
Recours à un professionnel de santé lors des 3	98	80 (82%)
derniers mois		22 (222)
Infirmier d'Assore		39 (40%)
Médecin généraliste		34 (35%)
Dentiste		13 (13%)
Ophtalmologue		6 (6.1%)
Addictologue		20 (20%)
Psychiatre		13 (13%)
Psychologue		18 (18%)
Pneumologue		6 (6.1%)
Gynécologue		0 (0%)
Dermatologue		3 (3.1%)
Salle de consommation à moindre risque		12 (12%)
Infectiologue		5 (5.1%)
Urgences		15 (15%)
Recours aux soins en lien avec une addiction lors des 3	93	60 (65%)
derniers mois		
Médecin généraliste		14 (15%)
CSAPA		32 (34%)
CAARUD		17 (18%)
Hôpital		10 (11%)
CMP		5 (5.4%)
SCMR		12 (13%)

Variable	Nombre de	N (%)
	répondants	Médiane (IQR)
Difficulté d'accès aux soins (tous types de difficultés)	96	41 (43%)
Manque d'information		7 (7.3%)
N'a pas su expliquer le problème		3 (3.1%)
Accessibilité géographique (distance, transports)		8 (8.3%)
Délai d'attente		12 (12%)
Problème liés à la langue		5 (5.2%)
Autres problèmes à gérer		16 (17%)
Sentiment d'incapacité		9 (9.4%)
Honte		2 (2.1%)
Peur d'être mal accueilli		3 (3.1%)
Peur de devoir arrêter certaines consommations		1 (1.0%)
Oubli de rendez-vous		10 (10%)
Consommations de crack et d'autres substances		
Fréquence de consommation de crack (30 derniers		
jours) Quotidienne		21 (220/)
		21 (22%)
Une ou plusieurs fois par semaine		45 (48%)
Moins d'une fois par semaine		7 (7.4%)
Pas de consommation de crack dans les 30 jours		21 (22%)
Si pas de consommation de crack lors des 30 derniers jours, durée depuis la dernière prise de crack	14	
0-6mois		7 (50%)
6-12mois		2 (14%)
12 mois et plus		5 (36%)
Mode de prise du crack	73	
Fumé		70 (96%)
Fumé et injection		2 (2.7%)
Injection		1 (1.4%)
Ancienneté de la consommation de crack	73	•
0-1an		3 (4.1%)
1-2ans		12 (16%)
2 20110		
2-5ans		17 (23%)

Variable	Nombre de	N (%)
	répondants	Médiane (IQR)
Evolution de la consommation de crack depuis l'hébergement	91	
Arrêt		17 (19%)
Diminution		60 (68%)
Stabilisation		11 (12%)
Augmentation		3 (3%)
Intention de diminuer la consommation de crack (pour les usagers dont la consommation n'est pas en diminution)	14	11 (79%)
Autres substances consommées régulièrement (>1 fois par semaine)	94	89 (95%)
Tabac		77 (82%)
Alcool		52 (55%)
Cannabis		47 (50%)
Cocaïne		25 (27%)
Amphétamines, Ecstasy		7 (7.4%)
Héroïne et opioïdes		12 (13%)
Traitement substitutif opiacé		26 (28%)
Médicaments antidouleurs		16 (17%)
Drogues de synthèse		4 (4.3%)
Effets d'Assore perçus par les usagers		
	91	91 (100%)
consommation	91	, ,
consommation Repos physique	91	70 (77%)
consommation Repos physique Sentiment de sécurité	91	70 (77%) 57 (63%)
consommation Repos physique	91	70 (77%) 57 (63%) 49 (54%)
consommation Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique	91	70 (77%) 57 (63%)
consommation Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%)
consommation Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation	91	70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%)
Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%)
Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins Informations sur les démarches Prise de rendez-vous		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%) 41 (43%)
Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins Informations sur les démarches Prise de rendez-vous Aide pour la couverture sociale		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%) 41 (43%) 33 (36%)
Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins Informations sur les démarches Prise de rendez-vous Aide pour la couverture sociale Aide pour sentiment d'auto efficacité		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%) 41 (43%)
Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins Informations sur les démarches Prise de rendez-vous Aide pour la couverture sociale Aide pour sentiment d'auto efficacité Démarches en cours (toutes)		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%) 41 (43%) 33 (36%) 40 (42%) 76 (79%)
Repos physique Sentiment de sécurité Apaisement psychique Stabilité Eloignement des scènes de consommation Aide d'Assore pour l'accès aux soins Informations sur les démarches Prise de rendez-vous Aide pour la couverture sociale Aide pour sentiment d'auto efficacité		70 (77%) 57 (63%) 49 (54%) 49 (54%) 39 (43%) 81 (84%) 39 (41%) 41 (43%) 33 (36%) 40 (42%)

Variable	Nombre de répondants	N (%) Médiane (IQR)
Aucune démarche en cours		18 (19%)

Evaluation du dispositif ASSORE à destination des usagers de crack Destinataire : Agence Régionale de Santé Ile-de-France Rapport final d'évaluation, Novembre 2022 Service d'Évaluation Économique en Santé, Hospices Civils de Lyon, Unité INSERM 1290 RESHAPE Université Claude Bernard Lyon 1