

Centre d'études
et de recherches
sur les qualifications



10, place de la Joliette BP 21321
13567 Marseille Cedex 02

CO-ANALYSE DU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DES CAARUD

Pierre Roche, Céreq

Convention R/2012/005/DTEP/IREMA



Septembre 2014

INTRODUCTION	7
Objet de la demande	11
Méthodologie	12
Mode d'exposition	17
DES HOMMES ET DES PRODUITS	20
Des publics stigmatisés et rejetés	20
Un public spécifique à chaque CAARUD	24
Des produits sans cesse renouvelés et renommés	26
Les différents rapports au produit	29
Des équipes souples et réactives	33
Des généralistes disposant de spécialités	33
RDR : UNE PHILOSOPHIE D'ACTION	35
Les particularités de la situation française	35
Le non-jugement	38
La proximité	41
Les éducateurs pairs	42
Réduction des risques et abstinence	43
Réduction des risques et rapport à la norme	44
RdR liés à un usage passé	45
Un professionnel ressource	46
Professionnalisation et militantisme	51
Controverse sur la façon de faire vivre la RdR	52
Dispositifs, outils et méthodes RdR	55
LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET SES MANQUES	59
Une formation initiale insuffisante	59
Des dispositions et des aspirations inappropriées	61

Une formation continue insuffisante	63
Un fort turnover	63
Ceux qui persévèrent	65
Démarches visant la professionnalisation du champ	66
ACCUEIL	69
Accueil inconditionnel	69
Interpellation	71
Acceptation, tolérance et interdiction	72
Tensions et violences	76
TRAVAIL SUR LE TERRITOIRE DE L'AUTRE	80
Le travail en milieu festif	82
Le travail de rue	85
Le ramassage des seringues usagées	89
ACCOMPAGNEMENT	91
Une pratique de co-investissement	91
Outils de travail	93
Accompagnement et temporalité	94
Négociation de la limite et distorsion du cadre	97
Accompagnement dans les démarches administratives	99
Accompagnement dans les démarches de soins	100
Accompagnement à l'insertion professionnelle	102
Accompagnement en fin de vie	103
HEBERGEMENT	105
Précisions utiles	105
Mise à l'abri	106
Au-delà de l'urgence	107
Lorsqu'un usager préfère la rue à l'hébergement	110

TRAVAIL RELATIONNEL	113
Avec les équipes hospitalières	113
Avec les professionnels des CSAPA	114
Avec le secteur psychiatrique	117
Avec les pharmaciens	118
Avec les équipes de prévention spécialisée	121
Avec les médiateurs	122
Avec les policiers	123
Avec les habitants	123
Avec les dealers	126
Intercompréhension et dialogue	127
EVALUATION	129
Elaboration de rapports d'activité	129
Occultation du travail réel	130
AFFECTS ET VALEURS	133
Plaisir	133
Souffrance	134
Ethique de la fidélité	135
Ethique de la décision	137
CONCLUSION	140
Résultats	140
Questions	160
Propositions	168
BIBLIOGRAPHIE	176
SITES INTERNET	182
SIGLES UTILISES DANS LE RAPPORT	183

Introduction

La réduction des risques liés à l'usage de drogues constitue l'un des quatre piliers de la politique des drogues avec la prévention, le soin et la répression. Dès sa mise en oeuvre à la fin des années 80¹, elle s'est employée à faciliter l'accès aux soins des usagers et à améliorer leur prise en charge tant dans les dispositifs spécialisés que généraux, notamment grâce à la création des réseaux ville-hôpital-toxicomanie permettant une meilleure coopération entre professionnels.² Elle a pu alors faire la preuve de son efficacité en favorisant notamment la diminution de l'incidence du VIH et des décès liés aux usages de drogues.³ Mais elle a aussi favorisé la diminution du trafic d'héroïne et des délits associés (vols, violences, intimidations...)⁴.

Cette politique repose sur des actions diverses comme la mise à disposition de matériel d'injection stérile grâce au Programme d'échange de seringues (PES), la diffusion de messages préventifs, l'accès au dépistage et aux traitements antirétroviraux, la prescription de Traitements de substitution aux opiacés (TSO) ou encore l'accompagnement des usagers aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle. Elle se déploie dans des lieux divers (centre d'accueil, bus, rue, espaces verts, gares, squats, milieu carcéral, milieu festif, officine, cabinet médical). Elle requiert des dispositifs dont les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD),⁵ les Centres de soins, d'Accompagnement

¹ Le décret n°87-328 du 13 mai 1987 dit « décret BARZACH » est la première mesure officielle de réduction des risques liés à l'usage de drogues en France. Il autorise pendant un an la mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures et abolit ainsi le décret n°72-200 du 13 mars 1972 qui réglementait leur accès en obligeant les personnes à justifier de leur identité. Deux ans plus tard, le décret n°89-560 du 11 août 1989 pérennise la vente libre de seringues aux personnes majeures.

² Les premiers réseaux ville-hôpital prenaient en charge uniquement les personnes atteintes du sida. Leur champ d'intervention s'est ensuite élargi à d'autres pathologies et problèmes de santé dont la toxicomanie, l'alcoolisme, la précarité, l'hépatite C, les soins palliatifs, le diabète. Les réseaux ville-hôpital-toxicomanie puis ville-hôpital-addictions regroupent des professionnels appartenant à des spécialités différentes (pharmaciens, médecins hospitaliers, généralistes, assistantes sociales, etc.). Ils visent une meilleure coordination des soins et, ce faisant, une amélioration de la prise en charge des patients confrontés à une addiction.

³ DGS division SIDA. 2000. *La politique française de lutte contre l'infection à VIH. Mise en oeuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogue.*

⁴ Op. Cit.

⁵ La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique crée les CAARUD en tant que nouvelle catégorie d'établissements médico-sociaux (article L.3121-5). Elle constitue la première reconnaissance législative de la politique de réduction des risques qui était jusque là mise en oeuvre par la seule voie des

et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les structures associatives, les services municipaux, la médecine de ville et les pharmacies.

On recense en 2008 sur le département de la Seine-Saint-Denis 2197 personnes ayant recours aux centres spécialisés en soins aux toxicomanes, et 4516 consultants dans les centres spécialisés en alcoologie⁶.

Ces chiffres ne rendent pas compte de la situation globale des usagers de drogue présents dans le département car il y a une population invisible parce qu'elle ne fréquente pas les lieux spécialisés. L'héroïne est disponible en Seine-Saint-Denis [brune, de moindre qualité et blanche] avec des prix allant de 40 à 50 euros le gramme pour l'une et de 60 à 80 euros pour l'autre. En 2008, 35 personnes ont été accueillies par le SAMU et admises par les urgences hospitalières pour un surdosage. Leur moyenne d'âge tournait autour de 40 ans.

En 2008, on observe le déplacement d'une partie des trafics de crack en Seine-Saint-Denis, notamment avec l'apparition de points de vente dans des squats, permettant une disponibilité 24h/24h. Pascale Jamoulle, dans son dernier ouvrage, relate les transformations récentes de ces scènes de crack et décrit finement la situation de survie de ceux qui y sont relégués.⁷ Notons seulement ici que de tels lieux favorisent des conditions d'existence insalubres, une violence exacerbée (agressions, prostitution, conflits entre usagers mais aussi entre usagers et revendeurs) et des prises de risques sanitaires conséquentes (absence de matériel stérile, consommation en groupe...).⁸ Ces usagers sont les plus touchés par la précarité sociale et sanitaire. Ils présentent des signes physiques de dégradation très visibles (dénutrition, plaies, infections, etc.). Ils ont un long passif de consommation, avec des poly-consommations importantes, associant crack, buprénorphine haut dosage (Subutex), tabac, alcool et ponctuellement héroïne. Ils n'ont pratiquement aucun revenu. Ils n'ont ni papiers d'identité, ni droits sociaux ouverts, ni

circulaires. Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans ce domaine (article L.3121-3) et sécurise le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ. Elle définit son objet en termes de prévention de la transmission des infections, de la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et des dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants (article L. 3121-4). Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 précisera notamment leurs missions : accueil individuel et collectif, information, conseil personnalisé, soutien dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle, mises à disposition de matériel de prévention des infections, intervention de proximité à l'extérieur, développement d'actions de médiation sociale (article. R. 3121-33-1).

⁶ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). 2008. *Indicateurs locaux pour information sur les addictions*. Base ILIAD.

⁷ JAMOULLE, P. 2013. *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, Paris, La Découverte, pp.74-82.

⁸ OFDT. *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogue à Paris : état des lieux en 2008*.

logement. Ils rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux dispositifs de santé non spécialisés.

La couverture territoriale de la réduction des risques par les CAARUD est inégale sur le département de la Seine-Saint-Denis. Quatre structures (YUCCA, PROSES-Montreuil, PROSES-Saint-Denis et FIRST) se répartissent en fait sur treize villes.

Le YUCCA a ouvert ses portes en 2006. Il a repris l'activité d'une structure qui s'appelait ARTEMIS. Le CAARUD en tant que tel a été mis en place deux ans plus tard, en 2008. Il appartient à l'important groupe de travail social SOS⁹. Il est implanté à Bondy Nord et conduit des actions de proximité sur le territoire de cette ville mais aussi sur ceux de Clichy sous-bois et Montfermeil grâce à une antenne mobile formée par une équipe composée de deux binômes. Le public du YUCCA est essentiellement composé d'usagers qui habitent majoritairement le quartier dans un logement et de personnes plus précaires, parfois en errance, souvent endettées. Sa file active est majoritairement composée par des personnes alcoolo-dépendantes rencontrées lors du travail de rue conduit sur Bondy Nord. Peu de personnes, par contre, seraient originaires de Bondy sud, de Montfermeil ou encore de Clichy non seulement en raison de l'absence de travail de rue mais aussi des difficultés de déplacement que l'on rencontre pour venir sur cette structure lorsqu'on habite ces villes... En seconde position, on trouve des injecteurs d'héroïne, de subutex, des consommateurs de crack, de skenan¹⁰, de shit...

Créée en 1997, l'association Prévention des Risques Orientation Sociale Échange de Seringue (PROSES) gère un CAARUD, avec un lieu d'accueil à Montreuil et une antenne à Saint-Denis.¹¹ Elle offre par ailleurs un d'hébergement composé d'un lieu collectif et de chambres d'hôtel ainsi que d'une équipe mobile de quatre professionnels qui interviennent

⁹ Le groupe SOS est né du rapprochement en 1995 de trois associations (« SOS Drogue International » renommé aujourd'hui « Prévention et Soins des Addictions », « Habitat et Soins » créée dans le cadre de la lutte contre le sida et « Insertions et alternatives »). A partir des années 2000, il accélère sa diversification en mettant en œuvre des dispositifs innovants et en intégrant des organisations en difficulté ou en quête de croissance. Il s'investit notamment dans l'insertion par l'activité économique avec les entreprises d'insertion (2001), la petite enfance (2005), le conseil en développement durable (2005), la gestion d'hôpitaux (2008), la finance solidaire (2010), la prise en charge et l'accueil de personnes âgées (2011). Aujourd'hui, le Groupe SOS compte 330 établissements et 11 000 salariés.

¹⁰ Le Skenan est un antalgique puissant qui contient de la morphine, utilisé notamment contre les douleurs cancéreuses. Il peut être utilisé en tant que drogue, injecté ou sniffé.

¹¹ La Ville de Saint-Denis bénéficiait, à l'époque de la scène ouverte de crack, des services d'une boutique géré et animé par l'association AIDES. Cette boutique était ouverte au tout venant et plus particulièrement tournée vers les personnes concernées par le VIH. Elle ne proposait pas cependant l'offre classique liée à un cahier des charges typique d'un CAARUD (douche, salle de repos, endroit pour laver le linge...), une offre qui puisse répondre aux besoins des usagers de drogues en situation de précarité. L'association AIDES se désengageant pour des raisons qui lui étaient propres, PROSES répondit à la sollicitation de la ville et mit alors en place un CAARUD.

soit sur le camion soit dans le cadre du travail de rue. La grande majorité des usagers vivent dans la rue, parfois dans des squats, parfois de façon isolée dans les interstices du tissu urbain comme les tunnels routiers. Avec une santé abîmée et des problèmes d'usure prématurée. La moitié d'entre eux, peut-être davantage, sont démunis de papiers. Ceux-là consomment pour « oublier leur misère quotidienne », pour « tenir ».

Sur Saint-Denis, on peut distinguer deux scènes distinctes : le quartier de l'hôpital dédié à l'héroïne¹² et le quartier de la gare dédié au crack. Parmi les usagers de crack, des femmes survivent grâce aux revenus de la prostitution.

Sur Montreuil, on note la présence de personnes originaires d'Europe de l'est, consommatrices notamment de médicaments « détournés » comme le subutex ou d'alcool mais aussi de personnes venant des 19^{ième} et 20^{ième} arrondissements de Paris, de Bagnolet... ou encore des squatteurs. Ce lieu d'accueil est attractif pour toutes ces personnes non seulement parce qu'il leur offre de bonnes conditions pour se poser et reposer (présence de douches...) mais aussi en raison de sa facilité d'accès (présence du métro). Il l'est moins sans doute pour les personnes de Pantin ou Romainville qui doivent pour s'y rendre prendre plusieurs bus. Ce sont les équipes de rue qui vont au-devant de ces dernières.

L'association Formation Intervention Recherche Sida Toxicomanie (FIRST) est devenue FIRST-AURORE en 2014 suite à la reprise de ses activités par AURORE¹³ au sein de son pôle Addictions Santé Précarité. Elle dispose d'un CAARUD, d'une boutique à l'hôpital Ballanger et d'un lieu d'hébergement à Aulnay-sous-Bois. Elle conduit aussi un travail de proximité à Sevran, Blanc-Mesnil et Tremblay en France.

De surcroît, à la demande de la mairie d'Aubervilliers, et grâce à un financement de la Délégation territoriale 93 de l'ARS, EGO¹⁴ qui a récemment rejoint AURORE a conduit une étude de faisabilité concernant la mise en place d'une équipe mobile de réduction des risques¹⁵ sur son territoire.

¹² Le public des injecteurs est composé en grande majorité par des personnes d'une quarantaine d'années, des « anciens » qui ont connu toutes les « scènes » de Paris et qui sont aujourd'hui « installés ».

¹³ Créée en 1871, cette association regroupe aujourd'hui des établissements et services médico-sociaux addictologiques ou axés sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Son effectif total tourne autour de 700 personnes.

¹⁴ EGO : Espoir Goutte d'Or. Cette association inscrit son intervention RdR dans une perspective de « travail social communautaire ».

¹⁵ Cette équipe mobile des services Ego d'Aurore n'a pas obtenu un agrément CAARUD et, ce faisant, ne bénéficie pas des financements qui lui sont liés. Elle bénéficie, par contre, de financements sur des actions de réduction des risques. Cette démarche constitue une expérimentation. L'association Aurore était, jusqu'ici, plutôt centrée sur l'hébergement et la communauté thérapeutique, et accueillait plutôt des personnes sans domicile fixe (SDF) engagées dans des pratiques d'alcoolisme. Une telle expérimentation a

Objet de la demande

L'inscription des dispositifs de réduction des risques dans les textes de loi¹⁶ constitue un élément insuffisant pour consolider et pérenniser des pratiques et des actions de terrain ayant fait la preuve de leur efficacité. Le partenariat local est souvent peu développé sur ces questions, le turn-over des équipes important et les intervenants en situation de grande difficulté pour valoriser leur travail et transmettent leurs savoirs et valeurs.

Le Conseil général de la Seine-Saint-Denis au travers de sa Mission de prévention des conduites à risques¹⁷ et la Délégation territoriale 93 de l'ARS (financier des CAARUD) animent le champ de la réduction des risques (travail sur les pratiques, mise en réseau, visibilisation du travail réalisé, valorisation des « bonnes pratiques »). Ils sensibilisent et informent les différents acteurs (professionnels, élus et habitants) sur cette thématique et, *in fine*, contribuent à diminuer les inégalités territoriales de cette offre.

Ce soutien prend différentes formes. On peut citer ici le financement du volet social de l'action des CAARUD, la mise en place d'ateliers de travail avec les professionnels de terrain, l'organisation de rencontres formelles et informelles avec les responsables des structures ou encore l'organisation d'événements publics, la promotion d'outils de sensibilisation et d'information autour de la réduction des risques, le lancement de recherche/action avec les professionnels, l'aide apportée aux différentes rencontres (locales ou nationales) organisées autour de la réduction des risques...

Les professionnels rencontrés au cours de ces diverses manifestations ont souligné la nécessité d'explicitier, de qualifier et de rendre visibles leurs interventions et leur travail en CAARUD (supports, outils, positionnement), de disposer d'un espace d'interqualification favorisant la production de savoirs sur la démarche de réduction des risques. Ils ont fait part notamment de leur souci d'échanger autour de thématiques spécifiques comme les publics, l'articulation des problématiques psychiatrie/précarité/usage de drogues, les

été rendue possible grâce à sa fusion avec Ego qui dispose d'une forte expérience de prise en charge d'usagers marginalisés injecteurs, crackers ou encore poly-consommateurs.

¹⁶ Les missions de la réduction des risques telles que fixées par le décret no 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD (modifiant le code de la santé publique) et par la circulaire du 2 janvier 2006. Cf. op.cit. Code de la santé publique, Art. L. 3121-4.

¹⁷ Devenue mission métropolitaine de prévention des conduites à risques au terme de son rapprochement avec la mission de prévention des toxicomanies de la ville de Paris.

façons de travailler avec les usagers « insérés », les sans-papiers, les prises en charge spécifique (problèmes administratifs, justice, santé), le partenariat et les modes de coopération avec les hôpitaux, les spécificités des publics féminins, l'identification des ressources, le développement des savoir-faire partenariaux, le travail en réseaux. Ils ont enfin soulevé un certain nombre de questions plus spécifiques autour des pratiques et des postures professionnelles :

- Quels sont les contours de la réduction des risques et du travail de proximité ?
- Comment, au-delà des jugements moraux, respecter les personnes et maintenir un cadre ?
- Quelles sont les expérimentations nécessaires pour adapter la réduction des risques aux besoins des usagers ?
- Comment construire un positionnement professionnel ?
- Comment construire la santé tant des usagers que des professionnels ?

Le Céreq a été sollicité pour accompagner cette réflexion sur la pratique professionnelle et ses positionnements en raison de son dispositif de recherche-intervention favorisant la participation des salariés à la construction des savoirs. Le pilotage de cette démarche a été assuré par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis (Mission de prévention des conduites à risques) et la DT 93 de l'ARS.

Méthodologie

La recherche-intervention présente prend appui sur une méthode d'analyse du travail¹⁸ qui puise sa vitalité dans une clinique sociologique attentive aux dimensions sociales et subjectives du travail mais aussi soucieuse de favoriser l'augmentation de la puissance d'agir des professionnels qui s'y engagent.

¹⁸ Pour plus de détails sur cette méthode d'analyse du travail, le lecteur peut se reporter à ROCHE, P. 2009. « La subjectivation », dans V. de Gaulejac ; F. Hanique & P. Roche (dir.), *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*, Toulouse, érès, pp. 161-185 ou encore à ROCHE, P. 2010. « Sociologie clinique du travail et subjectivation », dans Y. Clot et D. Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail*, Toulouse, érès, pp. 51-65.

L'entretien collectif répété avec retour

L'entretien collectif répété avec retour constitue l'outil privilégié de cette démarche. La répétitivité des rencontres permet de bouger quelque chose de la situation d'énonciation propre aux séances de paroles afin de créer un climat de confiance. Mais la pièce maîtresse du dispositif technico-relationnel est plutôt le retour que la répétitivité. Ce retour et surtout les effets qu'il génère en chacun des participants sont au fondement de la fécondité de la démarche. Les paroles sont donc enregistrées, transcrites et retournées au groupe entre deux séances de travail. Le retour de ces retranscriptions puis progressivement des interprétations du chercheur-intervenant permet d'engager un travail sur la parole et favorise le passage à l'élaboration des savoirs. Il s'agit de faire retour aux acteurs pour que ces derniers puissent faire un retour réflexif sur leurs propres énoncés et aller au plus loin de leur propre élaboration.

Les techniques d'entretiens mobilisées dans cette démarche peuvent être non-directives ou dialogiques. Elles sont plutôt non-directives dans ses premières phases parce que leur mise en œuvre favorise la parole des acteurs et crée aussi les meilleures conditions pour que le chercheur-intervenant puisse l'entendre même si elle ne vient pas s'articuler sur son champ conceptuel. Mais le clinicien n'est pas seulement un maïeuticien. Il n'est pas seulement là pour aider l'autre à accoucher d'une parole et d'un savoir. Il a son mot à dire et surtout son analyse à proposer dans le cadre d'un dialogue avec les acteurs. Mais au *bon* moment, et notamment lorsque cette analyse apparaît comme une ressource compréhensive tant pour l'acteur que pour le sociologue parce qu'elle peut aider chacun à aller au plus loin de sa propre élaboration et engager plus avant leur coopération sur le terrain même de la production des connaissances. Lorsqu'elle donne sens et cohérence à ce qui a été dit dans les séances.

Règles

Des règles sont nécessaires parce qu'on fait appel à la subjectivité et l'intersubjectivité. Elles le sont parce que toute parole est une prise de risque, un acte qui engage celui qui le pose. Elles le sont en raison même de la nature de l'objet même de cette démarche. Parmi ces règles, citons : le volontariat des participants ou encore la confidentialité, autrement dit l'engagement de ne pas sortir du groupe ce qui s'y dit sans

l'accord de tous. Le respect de ces règles conditionne la poursuite même de la démarche.

Modalités concrètes de l'intervention

Un groupe se constitua peu à peu avec des salariés appartenant aux trois CAARUD de la Seine-Saint-Denis (FIRST, PROSES-Saint-Denis, PROSES-Montreuil, YUCCA) et des salariés qui avaient participé à l'étude de faisabilité concernant la mise en place de l'équipe mobile du service Ego d'Aurore sur Aubervilliers. Un des effets de la démarche clinique a été, ici, de produire du collectif, sinon un collectif. Huit séances furent organisées de février 2012 à novembre 2013. Chaque séance a duré autour de trois heures. Le temps entre deux séances, loin d'être vide, a été consacré à un retour des retranscriptions thématiques et analysées.

Nous avons animé ces séances de travail avec Betty AZOCAR, chef de projets à la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques. Il nous faut ici souligner l'intérêt d'une telle co-animation pour la dynamique de la parole et la construction des savoirs propre à une telle démarche.

Betty AZOCAR est en effet depuis longtemps impliquée dans des démarches de Réduction des risques (RdR). Elle a travaillé, un an durant, dans le cadre de l'association « Drogues et Société »¹⁹, suite à la réalisation d'un stage en son sein, en lien avec la réalisation d'un DESS (milieu des années 90). Elle a participé à l'ouverture du Sleep'in, à Paris (1996-1997). Elle a été membre de Limiter la casse²⁰ (fin des années 90) et, plus récemment, membre du CA de l'Association française de Réduction des risques (AFR)²¹ durant la période 2008-2010. Elle accompagne des groupes de professionnels sur la prévention des conduites à risques au Conseil général 93 (depuis 2002). Elle est aussi engagée dans le groupe thématique et transversal LSD (Loi, sexe et drogues) de

¹⁹ L'association « Drogues et Société » a été créée en 1985 à l'initiative de la ville de Créteil. Elle gère aujourd'hui un CSAPA et met en place des actions d'aide à l'insertion de publics usagers de drogues.

²⁰ Présidé par la sociologue Anne COPPEL, ce collectif intervenait sur ces questions de 1993 à 1997. Son intérêt majeur résidait dans sa composition elle-même, dans la diversité de ses membres. Il réunissait des usagers de drogues (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues - Asud) mais aussi des médecins (Médecins du Monde - MdM), des militants de la lutte contre le Sida (Aides)...

²¹ L'Association Française pour la Réduction des risques liés à l'usage de drogues a été créée en 1998. Selon l'article 2 de ses statuts, elle est « un collectif militant engagé dans la politique de Réduction des risques liés aux usages de drogues. Elle rassemble des personnes (professionnels, bénévoles, usagers de drogues, élus...) et des structures (médico-sociales, santé communautaire, ONG...) dans le but de défendre, promouvoir et développer cette stratégie de santé publique et d'intervenir sur tous les enjeux liés aux politiques des drogues. » Pour plus de détail, se reporter à : <http://www.a-f-r.org> .

Médecins du Monde (Mdm). Retenons enfin qu'elle a couplé tous ses engagements avec la poursuite d'un cursus universitaire qui lui a permis d'acquérir une solide formation de psychosociologue (DESS de psychologie clinique en 1996 et Master de recherche en sociologie en 2007). Elle dispose d'une expertise reconnue dans ce champ de la prévention des conduites à risques et notamment de la réduction des risques liés à l'usage des drogues. Elle l'a investi depuis longtemps en tant qu'actrice tout en s'efforçant de l'observer en tant que psychosociologue. Elle y occupe en fait une place située à la frontière de son dedans et de son dehors.

Nous sommes sociologue du travail et nous ne cessons pas d'intervenir dans les univers professionnels les plus divers auprès de groupes de salariés appartenant à des métiers différents. Nous ne sommes donc pas un spécialiste de ce champ professionnel même si nous considérons que nous ne sommes pas non plus complètement ignorants de ses enjeux, notamment en raison d'une démarche quelque peu pionnière²² que nous avons pu y conduire alors même que la loi sur les CAARUD n'avait pas encore été promulguée.

On comprend alors que nos deux façons d'écouter, de relancer, de questionner les professionnels des CAARUD pouvaient être non seulement différentes mais complémentaires. Betty AZOCAR mobilisait plutôt son expérience vécue et sa connaissance historico-théorique des pratiques RdR liés à l'usage des drogues. Nous mobilisons plutôt notre connaissance générale du travail, notamment des métiers de la relation qui implique accueil, accompagnement, et parfois « aller-vers ». Betty AZOCAR était peut-être plus à même de pousser ces professionnels à expliciter ce qui, dans leur pratique RdR, leur était propre. Nous étions peut-être plus à même de pousser ces professionnels à expliciter ce qui, dans leur pratique RdR, allait de soi, n'était guère questionné en raison de la doxa propre à ce champ.

Notre démarche de recherche-intervention a bénéficié du soutien actif de la mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, et tout particulièrement de Céline LEON, sa directrice adjointe ; de l'ARS 93, et tout particulièrement de Christine JACQUEMOIRE, sa Déléguée territoriale adjointe, responsable du pôle santé publique.

²² CAUSSE, L. & ROCHE, P. (Sous la direction de). 2002. *Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue*. Avec la participation de Salah AGGAL, Nadia BENMENI, Rabah KESRI (SOS Drogue International), Cédric CHATER, Patricia CREPIN, Djamel MOUFFOK, Mathieu RABOUIN (Aides Provence), Mansour HAMMADI, Djamel BEN MOHAMMED, Stéphane ROLLAND (Médecins du Monde). Mission Sida Toxicomanie Ville de Marseille, Céreq.

Elle a bénéficié de la participation d'Aurélia DUBUISSON, Inspectrice des affaires sanitaires et sociales à plusieurs séances de travail. Au travers de l'intérêt qu'elle manifestait pour le travail réel des professionnels des CAARUD et des interventions qu'elle s'autorisait à certains moments des échanges afin d'apporter des informations précises concernant le mode de fonctionnement des institutions, cette dernière a permis de jeter des ponts entre des mondes qui, trop souvent, s'ignorent. Elle a aussi poussé chaque intervenant à faire preuve de plus de rigueur dans sa pensée, et à ciseler plus finement sa façon de l'exprimer.

Professionnels qui ont participé à la recherche-intervention et qui sont toujours en activité dans ces structures :

- Emmanuelle SENE (PROSES),
- John BOURGELAS (PROSES),
- Pascal PIPEROL (PROSES),
- Annie JACQ (FIRST- AURORE),
- Sarah VINET (FIRST- AURORE),
- Thierry LEMATTE (FIRST- AURORE),
- Fethy KERROUCHI (EGO- AURORE),
- Mohamed SIAGH (YUCCA),
- Sabrina LEVEVRE (YUCCA),
- Geoffroy CARON (YUCCA),
- Damien COUTANT (YUCCA).

Professionnels qui ont participé à la recherche-intervention et qui ne sont plus aujourd'hui en activité dans ces structures :

- Karim TOUZANI (EGO-AURORE),
- Pascal PEREZ (EGO-AURORE),
- Cyril PITAVAL (FIRST),
- Céline BEGUIAN (FIRST),
- Julie MARCHANDISE (FIRST),
- Fawzi MALDJI (YUCCA),
- Odile DESAINTPAUL (YUCCA),

- Priscilla CHAPUIS (YUCCA),
- Mounia TARMIDI (YUCCA),
- Olivier LEMENS (PROSES),
- Coline NAMER (PROSES),
- Quentin COL (PROSES).

Une réunion de restitution des résultats de cette recherche-intervention s'est tenue le 11 juin 2014 en présence des équipes et de leur chef de service. Cette réunion a permis, au-delà de cette restitution, d'engager le débat sur de nouvelles pistes de travail et l'élaboration de propositions concrètes susceptibles de renforcer la réduction des risques à l'oeuvre dans les CAARUD.

Mode d'exposition

L'ordre d'exposition des résultats de cette recherche-intervention a fait l'objet d'une réflexion et d'une validation collective.

Le premier chapitre prolonge l'introduction. Il donne un premier coup de projecteur sur la scène de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, en fournissant quelques informations succinctes sur ses deux principaux acteurs (les professionnels des CAARUD et les usagers de drogues) et sur le « produit » qui médiatise leurs relations.

Il nous fallait ensuite dire quelques mots en amont de ce rapport sur la réduction des risques sanitaires et sociaux (RdR) en tant que telle car il s'agit d'une philosophie d'action, d'une manière de penser et de sentir qui n'est pas sans effets sur les pratiques professionnelles, qui leur fournit un ancrage théorique mais aussi un axe axiologique, qui encadre et oriente la façon dont les professionnels s'y prennent avec les usagers de drogues dans l'accueil, « l'aller-vers » et l'accompagnement, colore et spécifie leurs positionnements et réajustements incessants sur le terrain.

Le troisième chapitre est consacré à la formation et à ses effets ou plutôt à la formation et à ses manques. Il était important de le situer juste après la présentation de la RdR car l'insuffisance actuelle de la formation tant initiale que continue sur les bases mêmes de cette philosophie d'action est au principe de nombre de difficultés rencontrées par les équipes des professionnels sur le terrain pour mettre en oeuvre leur pratique.

« Accueil », « aller-vers » et « accompagnement » constituent les trois chapitres

suivants. Cette façon de séquencer ces trois grandes fonctions exercées par les professionnels de CAARUD a fait aussi l'objet d'une validation collective. Chaque fonction constitue un moment d'une séquence sans doute plus logique que chronologique. Il faut d'abord accueillir puis ensuite aller vers (les usagers de drogues qui désirent que les professionnels se rendent sur leur territoire et/ou ceux d'entre eux qui ne se rendent pas pour de multiples raisons sur les structures) pour pouvoir, enfin, accompagner.

Un chapitre est ensuite consacré à la question de l'hébergement qui constitue une mission en tant que telle des associations gestionnaires des CAARUD mais aussi un outil précieux de l'accompagnement.

Les professionnels des CAARUD nouent des rapports privilégiés avec les usagers de drogues mais ils ne s'enferment pas pour autant dans une relation purement duelle avec eux. La mise en place d'une politique de la réduction des risques requiert qu'ils entrent en relation avec d'autres professionnels ou encore avec des habitants, voire parfois des dealers, notamment pour pouvoir pénétrer dans les squats. Elle requiert qu'ils puissent favoriser l'intercompréhension entre les différentes catégories d'acteurs, créer des espaces de dialogue. Ce champ relationnel fait l'objet d'un chapitre spécifique.

Il nous fallait aborder la question de l'évaluation du travail des professionnels des CAARUD. Nous le verrons, c'est à coup sûr ce qui ne peut pas se compter qui, dans une telle activité professionnelle, compte le plus.

Les professionnels des CAARUD ne mobilisent pas que des compétences, des savoirs et des savoirs faire dans leur activité de travail. Ils y mobilisent aussi des affects qui se situent sur un axe qui va du plaisir à la souffrance. Nous ne pouvions pas ne pas aborder une telle dimension subjective. Leur activité nous projette enfin dans le monde de l'éthique que l'on ne confondra pas ici avec la déontologie ou encore la morale. Pour chacun des professionnels, l'éthique est sans doute une façon singulière de s'approprier la philosophie de la réduction des risques en prenant appui sur sa propre histoire et sa propre expérience. Mais cette éthique ne se niche pas seulement dans les plis et les replis de la conscience individuelle. Elle revêt aussi une dimension collective et nourrit à son tour la philosophie de la réduction des risques. Notre dixième et dernier chapitre portera donc sur ces différentes dimensions affectives et axiologiques.

Nous avons opté pour une conclusion à trois temps. Nous reproduisons tout d'abord sous forme ramassée l'essentiel du propos de ce rapport. Prenant appui sur la description et l'analyse de cette activité professionnelle, nous tentons alors de formuler quelques questions puis, *in fine*, quelques propositions.

Nous avons mis en regard le texte que nous avons écrit avec des fragments de transcription de ce que les acteurs ont pu dire lors des échanges dans le cadre des séances de travail. Nous n'optons pas toujours pour un tel choix car le risque, ici, est de réduire la parole des acteurs à une fonction purement illustrative des analyses du chercheur-intervenant et, ce faisant, de remettre en selle un type d'usage de la parole que nous récusons. Dans un tel cas, ce qui a été acquis grâce au mode d'investigation est alors remis en cause par un mode d'exposition qui ressuscite le vieux clivage entre un chercheur qui analyse et un acteur qui témoigne. Et la forte proximité entre un texte que le sociologue a écrit, souvent en prenant le temps de soupeser chaque mot, parfois en lui donnant une teneur théorique, et une transcription de paroles prononcées à un moment donné de l'échange par les acteurs, forcément décontextualisées, risque de produire un effet stigmatisant pour ces derniers. Cela, même si l'on prend soin d'élaguer le texte de ses tours oraux. Mais un tel choix a été ici, après réflexion, co-assumé et co-validé par l'ensemble des participants de la démarche, parce qu'il permet de donner au lecteur une idée de ce qui, immanquablement, disparaît dans le passage de la parole à l'écrit. Une idée de la vivacité des dires, des affects et des images qui les accompagnent et dramatisent ; une idée de la façon dont les pratiques sont parlées par les professionnels ; une idée de la dynamique complexe des échanges et des riches expressions qui les ponctuent, par essence intraduisibles dans un langage sociologique.

Des hommes et des produits

Dans ce premier chapitre, nous présenterons succinctement les personnes usagères de drogues qui font partie des publics des CAARUD. Nous porterons tout particulièrement notre attention sur la stigmatisation et le rejet dont elles sont l'objet, tant dans les institutions que sur les lieux de vente mais aussi sur leur tendance à se regrouper entre pairs.

Nous examinerons le produit, l'objet social « drogue » du point de vue de la vente et des politiques de marketing qui ne cessent de la promouvoir, à l'instar de toute autre marchandise mais aussi de la consommation. Nous veillerons ici à ne pas rabattre l'usage de drogues sur la seule toxicomanie.

Nous clarifions le propos en essayant de répondre à une question : comment les professionnels prennent-ils en compte dans leur façon de faire équipe²³ les logiques sociales et subjectives des usagers de drogues ?

Des publics stigmatisés et rejetés

Les mots et les représentations qu'ils charrient sont importants parce qu'ils impactent, structurent, orientent les modes d'intervention. Ainsi, lorsqu'on désigne un usager de drogues par le terme « toxicomane » puis « toxico » ou encore « tox », on lui attribue aussi dans le même mouvement le fait de poser des problèmes à ceux qui le côtoient ou l'approchent, d'être auteur d'agressions, de violence ; fauteur de troubles et de désordre.

On conçoit aisément que la mobilisation de telles représentations puisse générer beaucoup d'appréhension et de peur chez nombre de professionnels et les pousser à activer des défenses plus ou moins rigides qui se traduiront notamment par des pratiques d'évitement ou de rejet violent de l'usager de drogues.

Quand tu es toxico, tu es forcément quelqu'un à problèmes, un pauvre type, ce qui n'est pas vrai !

²³ AMADO, G. & FUSTIER, O (sous la direction de). 2012. Faire équipe, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 14, Toulouse, érès.

Dans les institutions

Que constatent les professionnels des CAARUD au sujet des phénomènes de rejet des usagers de drogues sinon qu'ils sont toujours aujourd'hui à l'œuvre, par exemple dans les services d'urgence des hôpitaux et les commissions des SIAO²⁴ ; sinon qu'ils sont fortement réactivés, par exemple dans les pharmacies.

Parce que leur état ne répond pas à la norme, ils peuvent être purement et simplement rejetés hors de l'enceinte de l'hôpital. Parfois plus subtilement mais non moins violemment, lorsqu'ils attendent des heures durant dans un service d'urgence sans être pris en charge. Parce qu'ils sont ignorés, invisibilisés, exclus en interne, en position d'extimité²⁵, sans existence pour autrui, ils sont alors poussés à partir d'eux-mêmes.

Dans les commissions des SIAO, les usagers de drogues, même s'ils n'apparaissent et n'existent que sous forme d'un dossier, peuvent aussi susciter un rejet parce que les membres qui les composent ont tendance à anticiper et à répercuter celui des hébergeurs du dispositif de droit commun vers lesquels ils réalisent les orientations. L'indication « usagers de drogues » ou encore « CAARUD » dans le dossier d'orientation serait ici largement suffisante pour qu'ils fassent partie d'une black List.

Dans les pharmacies, exclusion et rejet se manifestent surtout par le refus de délivrer des stéribox, du Subutex ou de la méthadone. Un tel refus n'est pas en général étayé par une position idéologique explicitement formulée. Rares en effet sont les professionnels qui répondent : « *je suis devenu pharmacien, pas dealer légal !* » ou : « *je ne veux pas d'une clientèle malsaine et indésirable !* » La plupart optent pour des réponses plus stratégiques, soit en ne délivrant qu'à des usagers qu'ils connaissent bien, soit en ne vendant que des seringues à l'unité, soit encore en faisant état d'une rupture de stock ou d'une absence de stock faute de disposer d'une demande pour ces produits. Une dernière réponse qu'ils peuvent aussi adresser aux professionnels des CAARUD ou encore au médecin prescripteur de Subutex.

Beaucoup de professionnels de la santé et du social excluent de manière réactionnelle des usagers parce qu'ils ne savent pas comment faire. Aux urgences des hôpitaux, ils peuvent les malmener...

Si quelqu'un est orienté par un CAARUD au SIAO, « usager de drogues » est marqué dessus, même s'il n'a pas consommé depuis 10 ans, s'il est sous substitution. Au SIAO, toutes ses problématiques sont mises sur un

²⁴ Service intégré d'accueil et d'orientation.

²⁵ Au sens, ici, d'exclusion interne.

dossier et envoyées à des hébergements potentiels. Personne ne va en vouloir... Le SLAO ne fait qu'orienter les demandes. Quand le SLAO s'est mis en place, il y a eu une discussion sur les publics indésirables. Ils nous disaient très tranquillement et sans animosité pourquoi ils le faisaient. Ce n'était pas une question de discrimination. Mais les problèmes que ça entraînait.

La plupart des pharmacies vivent les « toxicos » de l'officine. On ne s'était pas confrontés à autant de résistance de la part des pharmaciens depuis longtemps. J'avais l'impression de me retrouver 20 ans en arrière !

J'ai participé au testing d'Asud²⁶ sur Paris. On s'était rendu uniquement dans les pharmacies qui disaient au téléphone filer des stéribox. Or, même celles-ci te vivent de façon brutale ! C'est : « on ne veut pas de ça chez nous, sortez... » Ils te dégagent avec des bonnes raisons.

Il y a les contraintes de la loi. Avec le Subutex, le médecin doit mettre le nom de la pharmacie qui le délivrera. Mais il ne travaille qu'avec deux ou trois pharmacies sur un secteur parce que les autres n'en ont pas !

A cela, il faut ajouter que les usagers de drogues, notamment lorsqu'ils tentent d'entreprendre des démarches administratives, subissent parfois de plein fouet la violence institutionnelle. Il y a là sans doute une épreuve qui leur serait moins spécifique, qu'ils partageraient tout particulièrement avec ceux et celles qui seraient en situation de précarité. Ils peuvent la subir dès l'accueil en raison du déchaînement d'une rationalité instrumentale²⁷ qui les transforme en objet, porte atteinte à leur qualité d'être humain ou qui tout simplement les ignore.²⁸

Cette violence prend sa source dans un mode d'organisation qui secrète la déresponsabilisation des agents, voire la suspension de la conscience morale²⁹ parce qu'il fragmente les tâches mais aussi les consciences, dissocie l'acte de son axe axiologique. Les usagers sont sans cesse ballottés d'un service à l'autre, contraints d'attendre des mois durant des allocations dont leur survie elle-même dépend ; contraints, parfois, de recommencer à montrer un dossier qui aurait été perdu, voire jeté. De surcroît, le principe

²⁶ ASUD : Autosupport des Usagers de Drogues.

²⁷ Dans le cadre d'une telle rationalité, chacun se rapporte à l'autre comme s'il était une chose dont il pouvait disposer et transformer. Si l'on veut suivre l'élaboration de ce concept central pour comprendre le monde d'aujourd'hui et notamment le monde du travail, se reporter à WEBER, M. 1971. *Economie et société*, Tome I., Paris, Librairie Plon ; LUKACS, G. 1976. *Histoire et conscience de classe*, Paris, Les éditions de minuit, "arguments" ; HORKHEIMER, M. ; ADORNO, T.W. 1974-1996. *La dialectique de la raison*, Paris, Gallimard ; HORKHEIMER, M. 1974. *Eclipse de la raison*, Paris, Payot, critique de la politique ; HABERMAS, J. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, l'espace politique, 2 tomes.

²⁸ « La violence est ce qui abuse du sujet en l'ignorant. » VASSE, D. 1983. *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, p. 176.

²⁹ « Le mode d'organisation de la société industrielle a envahi la société toute entière : vies fragmentées, tâches fragmentées, conscience fragmentée. Un lien étroit unit la rationalité technique à la schizophrénie sociale et morale des assassins. Eichmann, Stangl et les autres ont été des maillons d'une chaîne de meurtres, mais ils n'ont le plus souvent envisagé leur tâche que comme un problème purement technique. Cette compartimentation de l'action et la spécialisation bureaucratique fondent cette absence de sentiment de responsabilité qui caractérise tant d'assassins et leurs complices, elle suspend la conscience morale. » BENSOUSSAN, G. 1998. *Auschwitz en héritage ? D'un bon usage de la mémoire*, 1001 Nuits, Les Petits Libres.

même de l'équité est bafoué lorsque certaines personnes sont en position de raccourcir, parfois conséquemment, ces longs et insupportables délais d'attente parce qu'elles disposent d'un capital social plus important que les autres.

Une usagère m'a appelé. Elle était dans les bureaux de l'association en charge de sa tutelle. Je sentais qu'elle était prête à tout péter. Elle m'a dit : « c'est simple, j'ai un vigile devant moi et deux hygiaphones ! »

18 mois d'attente pour une AAH³⁰ ! Quand c'est le seul moyen de revenu ! C'est juste honteux !

Ça fait 6 mois que la nana attend son AME³¹ parce que le dossier aurait été jeté. Elle doit tout recommencer !

18 mois pour un renouvellement, quand c'est le seul moyen de subsistance de la personne, c'est hallucinant ! Je ne la cautionnerais pas mais je comprendrais qu'elle vienne allumer les mecs de la MDPH³²!

« Ce n'est pas moi, c'est l'autre au-dessus ! » Ce n'était pas le principe du Troisième Reich avec les camps de concentration ? « Moi, j'ai ouvert la porte. Moi, j'ai juste lancé le gaz... » A la fin, personne n'est responsable dans cette organisation.

« Vous faites des photocopies et vous revenez ! » La photocopie est derrière mais eux, ils n'ont pas le droit de faire une photocopie !

Quand tu connais les bonnes personnes, au bout d'un mois et demi, tu as la réponse. Là, tu mets 17 mois !

Dans les scènes de deal

Les professionnels des CAARUD constatent, non sans ressentir beaucoup d'indignation, que les usagers de drogues sont aussi profondément méprisés par les revendeurs. Ils sont souvent violemment rejetés par ces derniers lorsqu'ils n'ont pas (assez) d'argent pour payer leur consommation. Les professionnels recueillent dans les CAARUD ou sur les bus leur témoignage : « *Lorsqu'on vient, soit on a l'argent et c'est bon, soit on n'a pas l'argent et ils nous jettent dehors à coups de pied !* » Ils tentent, le plus souvent en vain, d'apporter un peu d'humanité dans ces relations. L'un d'entre eux qui été consommateur considère qu'un tel niveau de mépris de l'autre et de violence exercée contre lui est propre à l'actuelle génération de dealers. Un propos quelque peu tempéré par un autre participant qui tient à rappeler les « descentes » violentes des années 80-90 organisées par les jeunes à l'encontre des usagers.

Ils sont parfois contraints, dans le monde de la coke, d'attendre longtemps et de « tourner en rond » avant de pouvoir accéder au produit alors même qu'ils sont en

³⁰ AAH : Allocation Adulte Handicapé.

³¹ AME : Aide Médicale de l'Etat.

³² MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

situation de manque. Non pas parce que les revendeurs ne disposeraient pas de ce dernier mais parce qu'ils trouveraient grand plaisir à les faire ainsi souffrir.

Derrière le bus, ça vend. Il y a de l'héroïne, de la blanche en grosse quantité. Ils manquent de respect. Il faut essayer de leur expliquer que c'est des êtres humains qui sont en face d'eux mais c'est très difficile !

Sur le terrain de la coke, ils font « tourner en rond » ceux qu'ils appellent les « chinois »

Un public spécifique à chaque CAARUD

Chaque CAARUD accueillerait-il un public particulier, et serait-il conduit alors à se spécialiser sur ce dernier ? Il semble qu'on puisse, sur la base d'une rapide observation empirique, établir un tel constat. Il ne faut pas voir là le résultat d'une volonté institutionnelle, d'une politique délibérée mais celui de la propension des usagers de drogues à se regrouper entre pairs et, de façon concomitante, à exclure ceux qui ne seraient pas jugés tels par eux.

Chaque usager a tendance à aller dans le CAARUD où se trouvent ceux qui consomment les mêmes produits que lui et/ou appartient à la même communauté culturelle. Il a en même temps tendance à ramener ces derniers avec lui. Chaque groupe de pairs ainsi constitué a tendance ensuite à s'ossifier sous la forme d'un « clan » et à occuper toute la place en chassant tous les autres groupes. Pour cela, le poids du regard stigmatisant est souvent largement suffisant. Ainsi, pour les personnes alcoolodépendantes ou consommatrices de coke, le « drogué », le « tox », c'est l'autre, l'injecteur qui vient chercher les seringues propres ou le cracker. On comprendra aisément qu'il y a dans cette façon de projeter cette figure du « drogué » sur l'autre une défense qui permet de la dénier chez soi.³³ Un tel phénomène³⁴ qui consiste finalement à construire de l'entre soi, voire du Même en excluant l'autre n'est sans doute pas propre aux publics des CAARUD. Les professionnels soulignent qu'ils ont pu le repérer chez les usagers des communautés thérapeutiques ou encore des milieux festifs. Nous ajouterons qu'il existe au-delà du monde de l'usage des drogues. Mais ce n'est pas tout. On peut voir, parfois, dans ce phénomène, le résultat d'une volonté de la part de certains usagers de ne pas montrer aux accueillants ce qu'ils consomment. Certains usagers ne demandent des seringues que sur le bus parce qu'ils ne voudraient pas « avouer » dans le local du

³³ La projection fait partie des défenses répertoriées et analysées par Anna Freud. Se reporter à FREUD, A. 2001. *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, Presses Universitaires de France.

³⁴ Les professionnels constatent qu'on retrouve un tel phénomène même là où plusieurs CAARUD sont dans une très forte proximité géographique, comme c'est le cas à Paris.

CAARUD qu'ils sont des adeptes de l'héroïne et surtout peut-être d'un mode d'administration par injection.

Ils sont plutôt âgés, d'Afrique du nord et alcoolo-dépendants. S'ils voient sur l'accueil une personne aller chercher des pompes, leur regard est pesant : « Le drogué, c'est lui, ce n'est pas nous ! Moi, c'est l'alcool, je ne suis pas un tox ! » Cette population omniprésente empêche un public peut-être plus « CAARUD » de venir.

Tu te sens mieux là où il y a tes pairs. Les Indiens ne vont qu'à Charonne. Le soir, tu as plus de crackers que d'injecteurs à STEP... A EGO ou rue Saint Luc, ils n'ont pratiquement que du cracker. GAÏA, c'est plus des injecteurs. Même ceux qui sont au crack vont chercher des aiguilles. Et parfois du sken³⁵ ! Ça va se jouer à une rue près. STEP, GAÏA, CHARONNE et notre camion sont proches !

On est à deux ou trois stations de tram mais on a une file active extrêmement différente. Sur Saint-Denis, c'est : « j'ai besoin de 20 kits et si t'as une pipe » Le kit³⁶, c'est pour tous les jours et la pipe pour un extra.

Nous, sur le CAARUD, c'est l'inverse : Le kit, c'est rare.

C'est aussi : « je n'ai pas envie de montrer à l'autre ce que je consomme ! »

Sur la communauté thérapeutique, un gars a shooté du parfum et tous les autres lui ont dit que c'était n'importe quoi ! A l'époque, dans le milieu festif, celui qui prenait des opiacés était le toxico du groupe alors que les autres s'étaient enfilés 10 grammes de coke dans le week-end. Il y a toujours plus toxico que moi, ou plus abîmé !

Il y a un côté communautaire comme dans pas mal de CAARUD parisiens. Montreuil, c'est le 21^e arrondissement. Chaque CAARUD a plus ou moins sa population. Ego, ce sera plus les Afro-caribéens...

Nous, on a beaucoup de consommateurs de crack sur Saint-Denis, et les injecteurs ne sont pas forcément bien vus. Quand ils nous demandent du matériel propre, des seringues, ils le font très discrètement. Les injections ne sont pas bien acceptées par les autres. Ça peut être un frein. Il faut le travailler. Il y a aussi la stigmatisation entre les usagers eux-mêmes. « Tox », c'est l'injection. 3 grammes de coke, ce n'est rien mais une ligne d'héroïne....

Mais les frontières sont super minces. Les injecteurs d'héroïne ont été assez nombreux à goûter au crack. Et les usagers des CAARUD sont aussi très largement consommateurs d'alcool.

Pour certains CAARUD, les usagers appartiennent à un public local. Pour d'autres, ils peuvent venir de loin, de Paris, de la région Ile-de-France, voire d'autres régions ou encore de l'étranger, notamment parce que la structure se trouve à proximité d'un lieu réputé pour la revente de telle ou telle drogue, recommandé pour aller « pécho ».³⁷

A PROSES Saint-Denis, ils sont de Saint-Denis. Il y a peut-être quelques échanges entre La Chapelle et Saint-Denis mais ce n'est pas si fréquent que ça. Notre public est local.

³⁵ Skenan.

³⁶ Le Kit de prévention comprend deux seringues stériles, un tampon alcoolisé, un tampon sec, un flacon d'eau, un préservatif, des messages de prévention.

³⁷ Pécho : verlan de chopé, participe passé de choper (« attraper »). Dans ce cas-là, se procurer des produits stupéfiants.

Nous, ils viennent de partout, de l'Essonne, d'Orléans. Les gars viennent pécho à Sevrans.

Sur le bus [à Saint-Denis], des gens viennent de loin !

Les usagers viennent de Créteil, Savigny, Orléans, Paris, Evry, Ivry, Tremblay, Anthony, Nogent, Poissy, Boulogne... de partout sauf de Sevrans. Ils prennent une nuit de chambre d'hôtel et ils repartent. Dès fois, ils s'arrêtent aussi à Paris sur d'autres CAARUD... Sevrans, c'est une vraie plaque tournante.

Dès qu'il y a un plan, ils se passent le mot et ils viennent de partout...

Des Lituanais sont dans un hôtel à Roissy pour aller pécho à Sevrans.

Brétigny sur Orge... 120 bornes...

Depuis 20 ans, ça a toujours été des lieux : Sevrans, Mantes, Nanterre, les 4000... Les petits frères reprennent. Ils ont une façon de travailler beaucoup plus élaborée.

Des produits sans cesse renouvelés et renommés

Les produits se diffusent et se renouvellent au gré des migrations des usagers eux-mêmes. Leur route suit souvent celle des usagers qui les emportent avec eux et introduisent leur usage dans une ville dès qu'ils s'y installent. Tout ne change pas pour autant en permanence : certaines villes s'inscrivent en effet dans la longue durée, maintiennent leur réputation pour un produit donné parce que les dealers seraient garants d'un bon rapport qualité/prix et capables de répondre à une demande même forte. Ainsi, certains consommateurs n'hésiteraient pas à faire un long trajet pour s'approvisionner en coke (à Sevrans) ou en héroïne (à Saint-Denis).

Ils amènent les prods et tu as un changement de consommation. Sur Montreuil, ça explose au niveau galette ! Sevrans aussi alors que c'était vraiment de la C. en poudre et à Aubervilliers, ça n'arrête pas...

Sur Sevrans, c'est encore le supermarché de la coke, même si tu en trouves plus facilement ailleurs. Les gens viennent de loin. C'est comme Saint-Denis pour l'héroïne.

L'aire de distribution du crack déborde aujourd'hui des lieux traditionnels, des endroits classiques, réputés pour cela, comme la scène de Saint-Denis ou encore Montreuil, et sa consommation augmente fortement. Enfin, on assiste aussi à un retour en force de la kétamine³⁸ dont la présence était plutôt discrète sur le marché des drogues ces dernières

³⁸ La kétamine est un hallucinogène. Elle provoque notamment une impression de détachement, comme si l'esprit était séparé du corps. Elle présente aussi des caractéristiques propres à la fois aux stimulants et aux déprimeurs. Liquide dans le commerce, elle est plutôt vendue sous forme de poudre dans la rue. Les usagers la dissolvent dans un liquide, la reniflent ou la fument dans une cigarette ou encore l'injectent dans un

années.

Les mecs se sont mis à cuisiner la coke pour gagner du pognon !

La ké³⁹, il y a eu une accalmie il y a quelques années et là, ça repart à fond les ballons !

Mais plus que les produits peut-être, c'est la façon de les nommer qui ne cesse de changer, en lien notamment avec les stratégies de marketing mais aussi le système de la mode⁴⁰, les logiques de distinction⁴¹ propres aux différents milieux culturels, générations, voire quartiers. Une appellation s'impose parfois parce qu'un rappeur l'utilise dans une chanson. « Mister You »⁴² a ainsi lancé le terme « taga »⁴³ pour désigner le shit.

Là, ils sont en plein taga ! Pourtant, ce n'est que du shit ! Il a fallu que j'écoute « Mister you » pour comprendre cela. Un chanteur de rap de Belleville...

Ces causes agissent de façon enchevêtrée, en synergie, notamment parce que les stratégies marketing transforment en cible commerciale les identités culturelles qu'elles contribuent par ailleurs largement à construire.⁴⁴ Ces stratégies peuvent avoir pour objet de relancer un produit sur le marché, de lui donner un label de qualité ou encore de le magnifier alors qu'il serait en fait de très mauvaise qualité, notamment en raison des coupes dont il est l'objet.

Ainsi, on peut renommer un produit qui a fait l'objet d'une certaine dépréciation, voire d'un très fort rejet en vue de relancer sa consommation, assurer sa promotion auprès des nouvelles générations. C'est le cas tout particulièrement de l'héroïne que l'on appelait le « cheval », le « bourrin » dans les années 80. Le fait de la renommer un peu plus tard

muscle. Enfin, parce qu'elle est inodore et sans saveur, elle peut être introduite dans une boisson. On l'appelle alors « drogue du viol » parce que ses effets sédatifs empêchent les victimes de résister à une agression sexuelle.

³⁹ La « ké » pour kétamine.

⁴⁰ BARTHES, R. 1967. *Système de la mode*, Paris, Seuil.

⁴¹ BOURDIEU, P. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun ».

⁴² Mister You, de son vrai nom Younes Latifi, est un rappeur né en 1984 à Paris. Notamment connu pour ses Freestyle, sa cavale a été un tremplin pour sa carrière d'artiste. Des rappeurs ont « dédié » Mister You dans leurs chansons (La Fouine dans *Veni vidi vici* : « Si on m'pète, j'finis à l'ombre comme Yougataga, Libérez You ! » ; Nessbeal dans *After* : « Ils font la fête les voyous, demande à Yougataga ! »)

⁴³ Une appellation de plus en plus supplantée, semble-t-il, par « shit à la beuh »...

⁴⁴ Les campagnes publicitaires performantes sont celles qui sont synchronisées avec la culture locale, et qui exercent un effet de levier sur les phénomènes qui lui sont liés. KOTABE, M. & HELSEN, K. 2008, *Global Marketing Management*, John Wiley et sons, Inc. Se reporter aussi à CORDELIER, B. *Culture et identités dans les communications marketing*. Actes du colloque, Centre d'études en communication marketing, 78e congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), Université de Montréal, du 10 au 14 mai 2010.

« Rachacha »⁴⁵ ou encore « rabla »⁴⁶ dans les teufs lui permit de retrouver une place importante sur le marché des drogues, une place qu'elle avait eu tendance à perdre suite à la mise en place de la politique de la substitution. Aujourd'hui, on l'appelle aussi la « one », le « Coca cola » ou encore l'« Hélène »⁴⁷...

On peut aussi renommer un produit afin de lui décerner un label de qualité. « Seum »⁴⁸ désigne ainsi du shit mais qui serait de qualité, non trafiqué et qui, pour le coup, s'opposerait au shit « commercial » faisant l'objet de nombreuses coupes avec des produits souvent toxiques (avec du pneu, du henné, de la cire à chaussures, des excréments, de la paraffine, de l'éther...) Il y a là un argument de vente pour soutenir les cours, pour justifier l'augmentation des prix. Un peu comme on désigne par « cc » une cocaïne de bonne qualité.

On peut enfin renommer un produit afin de le magnifier ou, pour le moins, de tenter de faire oublier sa mauvaise qualité. Dans cette perspective, il semble que l'on reprenne aujourd'hui dans certains endroits le terme de « brown sugar »⁴⁹ qui auparavant désignait l'héroïne pure pour désigner la cocaïne coupée, voire le crack.

Si tu dis à un mec qui prend de l'héroïne : « tu prends du bourrin ? », il te regarde avec les yeux comme ça !

Sur des teufs, les gens prenaient de la rabla. Ils ne savaient pas que c'était de l'héroïne. Ils changent le nom pour essayer de noyer le poisson.

C'est un opiacé, ce n'est pas tout à fait de l'héroïne.

La « one », je ne connaissais pas ! Il y a 15 jours, ils ne le disaient pas comme ça.

Cette volatilité des appellations est telle que les professionnels eux-mêmes ont du mal parfois à identifier certains produits qui sont aujourd'hui sur le marché. En témoigne, par exemple, l'échange sur l'identité réelle du « brown sugar ». Désigne-t-elle encore de l'héroïne pure ? Désigne-t-elle aujourd'hui de la cocaïne de mauvaise qualité ? Ou encore

⁴⁵ La rachacha est un produit naturel fabriqué à partir de décoctions de têtes de pavots (plante aux propriétés psychotropes). Elle peut être fumée, avalée, gobée, bue, voire injectée.

⁴⁶ La rabla désigne l'héroïne, plus peut-être l'héroïne marron qui serait de plus mauvaise qualité que l'héroïne blanche.

⁴⁷ « Hélène » pour l'héroïne et « Corinne » pour la cocaïne. Ces termes argotiques étaient déjà utilisés dans les années 80.

⁴⁸ Sum ou séum. Ces termes désigneraient un shit de bonne qualité ou de moins mauvaise qualité, qui serait moins coupé. Le sum ou séum est souvent opposé au shit commercial. Il semble que ce soit avant tout un argument de vente.

⁴⁹ Dans l'argot nord-américain des années 70, ce mot désignait bien l'héroïne pure. Dans une chanson ainsi intitulée (parue en 1971 sur l'album Sticky Fingers), les Rolling Stones désignaient tout à la fois par cette locution une esclave noire vendue sur un marché de La Nouvelle-Orléans et l'héroïne pure. La polysémie du terme permettait de mettre en résonance dépendance à la drogue, esclavage et attrait sexuel.

du crack, voire de la pasta⁵⁰ ? Cette situation rend plus nécessaire encore leur prélèvement en vue de leur analyse.

Nous, on a en ce moment de la brown sugar. A Sevrans, ils ont eu un gros arrivage, ils sont en train de se défoncer avec ça. C'est la cocaïne du pauvre !

La brown sugar à la base, c'était de l'héroïne brune.

Le toxicomane m'a dit que c'était de la cocaïne pas chère, coupée...

D'après la façon dont tu le décris, ça ressemblerait plutôt à du crack.

Je dirais même la pasta base de cocaïne. Moi, ça me fait penser à ça, c'est la couleur aussi.

Mais de la pasta, il y en a très peu en France. En Amérique du sud oui, mais ici non !

Les différents rapports au produit

Les mots sont importants. Pour certains professionnels, il ne faudrait utiliser le terme « toxicomanie » qu'avec parcimonie. Fortement enchâssé dans une conception psychiatrique, arrimé à une vision médicale, celui-ci présenterait l'inconvénient de rabattre tout usage de drogues sur la maladie.⁵¹ Il ne faudrait l'utiliser que de façon appropriée, à dessein, afin de rendre compte d'un rapport déterminé à l'objet « drogue » qui, précisément, relève d'une manie. Ce n'est pas « toxicomanie » mais « usage de drogues » que l'on pourrait doter d'une capacité à subsumer toute la gamme des pratiques

⁵⁰ Pasta : Pâte de cocaïne sous forme de base, obtenue par extraction des alcaloïdes de la coca. Elle fait en Amérique latine l'objet d'une consommation importante dans les milieux les plus défavorisés.

⁵¹ L'aire de validité du concept de « toxicomanie » mérite à coup sûr d'être circonscrite et, ce faisant, l'usage du terme plus rare, plus circonspect. Mais faut-il, ici, ne retenir que son sens psychiatrique et médical ? Comment se positionner vis-à-vis de son abord psychanalytique qui ne l'identifie pas à une maladie mais à une modalité particulière du traitement de la jouissance ? En fait, la question semble ici embrouillée en raison de l'interférence de deux débats : l'un autour du couple toxicomanie/usage de drogues, l'autour autour du couple toxicomanie/addiction. Le premier débat est fortement présent au sein des CAARUD. Ni les professionnels, on vient de le voir, ni les usagers ne parlent ici en termes d'addictions. Thamilla AIT ALI, dans son étude sur les parcours de vie des usagers des CAARUD parisiens souligne que ces derniers se désignaient eux-mêmes en tant que « tox », « toxico », « drogué » ou encore « schlag » mais jamais en tant que « addict ». Se reporter à AIT ALI, T. 2013. *Usagers de CAARUD à Paris. Parcours de vie et besoins d'accompagnement*. Approches des problèmes liés aux drogues. Coordinations Toxicomanies. Le deuxième débat porte sur le couple toxicomanie/addiction. On sait que le terme « addiction » s'impose de plus en plus aujourd'hui. Son intérêt résiderait dans le fait qu'il permettrait de rompre avec la fragmentation issue de l'approche produit (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie...) et atténuerait les logiques stigmatisantes véhiculées par les autres vocables. Se reporter à REYNAUD, M. (dir). 2013. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDT. Mais on peut sans doute aussi interroger les enjeux liés à l'utilisation de ce nouveau terme. Pour prendre connaissance d'une critique vis-à-vis de ce dernier à partir d'une position psychanalytique, on peut notamment se reporter à FRED A, G. 2012. « De la toxicomanie aux addictions », *Le sociographe*, n°39, pp. 65-68.

et des positions vis-à-vis de l'objet « drogue ». Cet usage peut être récréatif, abusif ou encore problématique. Lorsqu'il est récréatif, il est source de plaisir et d'un plaisir positif.⁵² Lorsqu'il devient, dans certains cas, abusif et *a fortiori* problématique, il a surtout pour fonction de calmer une souffrance qui ne cesse de revenir.⁵³

Il y a donc chez les « usagers de drogues » des « consommateurs heureux »⁵⁴, pour qui l'usage est dominé par la recherche d'un plaisir positif et non par la contention ou la fuite d'une souffrance. Mais on ne retrouve guère ces consommateurs dans les publics des CAARUD. Le propre de ces derniers, c'est précisément d'être confrontés à des difficultés importantes dans leur usage mais aussi dans leur vie quotidienne (chômage, absence de logement, perte des droits les plus élémentaires...) ; des difficultés dont il faut souligner l'intrication inextricable. Du plaisir accompagne parfois encore leur consommation mais le plus souvent mêlé de souffrance et notamment d'un sentiment de culpabilité lié au fait d'avoir, une fois de plus, cédé à la tentation de « se shooter ».

J'aime le terme « usagers de produits » parce que des gens gèrent « très bien », vont fumer un pétard ou sniffer un peu de coke dans une soirée. C'est de la consommation liée à un plaisir.

Toutes les personnes pharmacodépendantes ne posent pas de souci. Et elles ne consomment pas parce que tout va mal dans leur vie. Il y a aussi des consommations festives, occasionnelles. Mais avec les CAARUD, on touche des consommateurs plus en difficulté.

Je rencontre dans mon quotidien professionnel des gens en difficulté. Mais ce n'est pas que l'usage qui entraîne leurs difficultés. Peut-être le fait de ne pas avoir de logement, de travail. Tout est imbriqué !

Dans les CAARUD, on touche les consommateurs qui se sont cassé la gueule, dont le produit fait partie du truc. Certains ont un plaisir avec le produit même s'ils sont en difficulté avec celui-ci.

Les personnes accueillies dans les CAARUD sont plus malades de leur histoire personnelle que de la toxicomanie. Souvent, le produit qu'elles ont croisé puis accroché, à un moment donné de leur parcours personnel, s'inscrit dans un montage défensif⁵⁵ qui a pour fonction de :

⁵² Se reporter à SISSA, G. 1997. *Le plaisir et la mal. Philosophie de la drogue*, Odile Jacob.

⁵³ Le plaisir n'est plus alors positif mais négatif. Il ne s'éprouve que lors de la cessation d'une douleur, de la sédation d'une peine, de l'apaisement d'un besoin, de la satisfaction d'une pulsion, de la chute d'une tension, de la diminution d'une excitation, du dénouement d'un conflit... Il est second car obtenu après cette douleur, cette peine, ce besoin, cette tension, cette excitation, ce conflit... il n'existe que par rapport à la souffrance ou à la douleur, sur le mode d'un état de paix retrouvé, de repos, de calme, de délivrance, d'apaisement, de soulagement.

⁵⁴ On le sait, une telle position n'est pas partagée par tous les intervenants du champ de l'usage des drogues, et notamment par certains de ses pionniers. Se reporter à OLIEVENSTEIN. C. 1977. *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont.

⁵⁵ LE POULICHET, S 2002 *Toxicomanies et psychanalyse Les narcoses du désir*, Paris, PUF, Coll. Voix nouvelles en psychanalyse.

- colmater une situation de souffrance faite de carences, de violence, de maltraitance. Parce qu'il sollicite un imaginaire social particulier, le produit serait la Cause du mal, le mauvais objet⁵⁶, la figure même du négatif, et donc le seul responsable du malheur,
- remplir complètement le temps jusqu'au moindre de ses instants et interstices : « *J'ai vu 10 ans de ma vie défiler et pris conscience que je n'ai rien fait* ». Il y a là une autre façon de dire que le produit occupe tout le cadre spatio-temporel de la vie quotidienne ; remplit, seul, par sa présence mais aussi par son absence lorsqu'il y manque, attente, l'existence,
- occuper l'esprit afin d'annihiler tout travail de la pensée et, au-delà, rabattre toutes les pensées sur une seule d'entre elles,
- contenir la peur liée à l'incertitude qui pèse sur le lendemain. Peur d'être confronté à un futur plus menaçant que prometteur parce qu'on a le sentiment de ne pas disposer des ressources nécessaires pour vivre. Peur de ne pas pouvoir/savoir ressentir l'intensité de l'existence, d'éprouver l'ennui, « la vacuité de la durée, l'identité morose de tous les instants juxtaposés, le temps vidé de ses péripéties »⁵⁷, de ne pas pouvoir échapper à cette « masse morte et gluante qui s'infiltré dans l'être »⁵⁸, ou, pire, d'être sujet à des bouffées d'angoisse. Peur que le projet de la désintoxication ne peut que réactiver : « *Le jour où je vais arrêter, qu'est-ce que je vais faire de mes journées ?* »
- faire écran, occulter des représentations déplaisantes, angoissantes ; faire oublier le malheur dans lequel on a plongé : « *Avant j'avais plein de problèmes, maintenant j'ai juste un problème de drogue* »,
- faire tenir malgré tous les problèmes auxquels on est confronté, la précarité, la perte des repères, le délitement et, in fine,
- éviter l'effondrement. Tristan JORDIS explique qu'il n'y a guère que la galette de crack qui puisse permettre à certains usagers de « supporter la misère dans laquelle ils sont tombés » parce que sa consommation les conduirait à tout oublier et à ne rien ressentir sinon un sentiment de puissance qui les rendrait « presque

⁵⁶ Pour Mélanie KLEIN, le sein est pour le nourrisson tour à tour bon ou mauvais selon qu'il satisfait son désir ou le frustré. On retrouvera un tel clivage dans la dynamique de projection/introjection et dans les défenses mis en place contre l'angoisse. KLEIN, M. [1930]-1984. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

⁵⁷ JANKELEVITCH, W [1963]-1976 *L'Aventure, l'Ennui, le Sérieux*, Paris, Aubier-Montaigne.

⁵⁸ MINKOWSKI, E, 1933 *Le temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques*, Collection de l'évolution psychiatrique.

indestructibles ». ⁵⁹

Des gens se retrouvent à la rue. Ils ont eu des vies compliquées, ils ont croisé le produit. Celui-ci colmate les carences, la violence, la maltraitance et ça, on ne le devine pas parce que le « tox » est le mauvais objet.

Le problème de drogue, c'est l'écran de fumée qui cache tout, et fait tout oublier.

Un usager disait qu'il n'avait rien fait alors que pour chacun de nous, il s'est passé des choses !

On a rencontré des usagers issus de la scène de crack. Dans leur parcours, il y a eu des délitements, des pertes de repère. La drogue leur permet de rester là.

Il faut reconstruire sa vie avec autre chose et c'est vraiment la chose la plus compliquée.

Les parcours ont été souvent tortueux, douloureux, jonchés d'embuches, d'échecs, de malheurs et les vies se sont très tôt brisées. Et pourtant des hommes et des femmes sont toujours là. Les professionnels ne peuvent alors que se poser la question de la nature des ressources *a priori* insoupçonnables⁶⁰ qu'ils ont pu trouver en eux et mobiliser afin de rester debout et, de surcroît, de pouvoir en parler, parfois avec le sourire. Non sans étonnement, ils se demandent : « *comment la personne peut-elle être encore debout ?* »

Des gens me racontent leur vie et j'essaie de me contenir parce que je me dis ce n'est pas possible d'avoir vécu tout ça ! On nous dit que les usagers ne sont pas solides mais certains ont un sacré courage pour tenir parce que ça aurait été plus facile pour eux de se mettre une balle dans la tête !

Une personne peut aussi consommer pour se conformer aux normes du groupe auquel elle appartient ; pour y être pleinement admise et intégrée. Dans ce cas, le professionnel doit tout faire pour l'écarter de leur groupe d'appartenance afin de mener un travail de fond avec elle.

Une telle démarche fut engagée avec un jeune d'une vingtaine d'années qui injectait parce qu'il appartenait à un groupe qui, sur Le Châtelet, à Paris, était dans ce mode d'administration du produit. Les professionnels ont été les témoins heureux non seulement de l'arrêt de cette consommation mais aussi et surtout de sa profonde et surprenante métamorphose identitaire.

On ne le reconnaît plus Il n'injecte plus, il commence à parler un français approximatif. Je suis vraiment content, on a réussi quelque chose !

Parmi les résidents des CAARUD, il y a enfin des personnes dont la consommation de

⁵⁹ JORDIS, T. *Crack*, Paris, Seuil, 2008.

⁶⁰ FISCHER, G-N. 1994. *Le ressort invisible Vivre l'extrême*, Paris, Seuil, Psychologie.

crack masque en fait des troubles psychiatriques avérés. Leur hébergement par des associations gestionnaires de CAARUD est souvent une première étape importante dans la mesure où elle est susceptible de ré-initier une prise en charge médicale et, au-delà, une orientation professionnelle, notamment en s'appuyant sur le dispositif RQTH⁶¹ ou des formes d'emploi aidés.

Des équipes souples et réactives

Les équipes des CAARUD doivent faire preuve de souplesse et de réactivité pour être efficaces. Elles doivent s'adapter en permanence à un univers qui ne cesse de changer et notamment aux :

- transformations institutionnelles. Si des structures disparaissent parce que déconventionnées, d'autres apparaissent,
- évolutions des territoires de la consommation,
- renouvellement des pratiques et des problématiques de consommation,
- changements qui affectent les publics eux-mêmes.

ARTEMIS intervenait sur Pantin, Bondy, Clichy-sous-Bois, Montfermeil. Les cartes ont été redistribuées. PROSES a pris Pantin et le YUCCA a récupéré Bondy, Clichy et Montfermeil quand cette association été déconventionnée.

L'association PROSES est plus ancienne. Elle était sur Montreuil, Bagnolet et Romainville. Ces communes font partie d'un même espace. Sa file active, c'était surtout les squatteurs des pays de l'Est, notamment des Polonais qui consommaient des médicaments et de l'alcool. Avec la disparition d'ARTEMIS, elle a pris une activité plus éloignée, de l'autre côté de Romainville, Pantin puis la scène ouverte de 2008 à Saint-Denis. Là, on quitte le périmètre parce que Saint-Denis, c'est à l'autre bout. Aujourd'hui, elle dispose d'un deuxième CAARUD et elle couvre aussi un peu Stains. Elle intervient dans le Nord-est parisien.

Des généralistes disposant de spécialités

Quel que soit leur métier (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, assistant de service social, infirmier, psychologue), les professionnels des CAARUD sont en contact avec l'ensemble des usagers de drogues. De ce point de vue, ils peuvent être qualifiés de

⁶¹ Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé.

généralistes même si certains ont tendance, à l'intérieur de chaque structure, à se spécialiser sur une catégorie d'usagers et, parfois, à éprouver quelques réticences, appréhensions et difficultés réelles à travailler avec une autre catégorie. Même si certains sont capables de nouer des relations de qualité avec les personnes injectrices héroïnomanes mais pas avec les personnes alcooliques. L'inverse bien sûr est tout aussi vrai.⁶² Notons aussi que certains professionnels, en raison de leur savoir, de leur expérience, et parfois de leur histoire de vie, sont susceptibles de disposer d'une ou de plusieurs spécialités. Tel professionnel, par exemple, sera tout particulièrement considéré comme une personne ressource et sollicité par ses pairs lorsqu'il s'agira d'accompagner une personne en hôpital pour un traitement hépatite C. La mise en partage et la transmission des savoirs à l'œuvre notamment lors des réunions d'équipe sont ici essentielles car elles fluidifient l'organisation du travail, évitent une division des tâches trop rigide, permettent à chacun de faire apprentissage, de surmonter ses difficultés.

Des collègues sont super bons avec les injecteurs héroïnomanes mais dès qu'il faut travailler avec quelqu'un qui a un problème d'alcool, ce n'est pas la peine, c'est zéro !

On est tous spécialiste d'un truc. Moi, je suis plus spécialisé accompagnement, notamment dans le milieu hospitalier pour le traitement hépatite C. Je l'ai vécu de l'intérieur, j'ai pris ce traitement et j'ai appris tout ça. Dans une équipe, on est bien content quand des personnes sont ressources. On met ça en commun.

On prépare le Solidays.⁶³ Un professionnel avait peur. On lui a dit : « on va faire des interventions dans le CAARUD, tu vas nous poser des questions, on y arriver... » Petit à petit, les personnes se sentent à l'aise. On est une vingtaine à PROSES et on vient d'horizons différents, il n'y a pas une façon qui prime.

⁶² On ne s'étonnera pas de retrouver le même phénomène dans les CSAPA. On le sait, les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CAA) ont fusionné et se sont transformés en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les professionnels qui y travaillent ne sont pas pour autant tous devenus des généralistes capables de travailler aussi bien avec les personnes alcoolodépendantes qu'avec les personnes injectrices.

⁶³ Le festival Solidays est une manifestation de lutte contre le SIDA organisée par Solidarité Sida qui a lieu chaque année sur l'hippodrome Longchamp et qui rassemble plus de 150 artistes et jusqu'à 160 000 participants pendant trois jours. Les bénéfices du festival sont reversés à des associations de lutte contre le sida, à des programmes de prévention et d'aide d'urgence aux malades, dont certains spécifiquement créés pour l'Afrique, continent qui compte le plus grand nombre de malades. Les artistes qui interviennent à Solidays acceptent un cachet réduit ou se produisent bénévolement par solidarité.

RdR : une philosophie d'action

Nous ouvrirons ce deuxième chapitre en mettant en exergue la situation particulière, voire paradoxale de la réduction des risques (RdR) liés à l'usage des drogues en France. Nous revisiterons alors ses trois principes fondamentaux : ceux du non jugement, de la proximité et de l'éducation par les pairs.

Nous interrogerons ensuite sa visée (la place de l'abstinence au sein de celle-ci) ; le rapport aux normes de ceux qui la *font* (la posture qu'elle requiert au-delà de la critique des normes dominantes) ; ses limites (par exemple, le fait de la lier aux conséquences actuelles d'un usage passé).

Les professionnels des CAARUD partagent-ils une identité au-delà des métiers indiqués dans leur fiche de poste ? Nous tenterons de répondre à cette question. Nous poursuivrons ce chapitre en restituant une riche controverse sur les différentes manières de faire vivre la RdR. Nous présenterons enfin quelques traductions concrètes de la RdR en termes de dispositifs, d'outils et de méthodes.

Les particularités de la situation française

Le champ d'intervention de la réduction des risques (RdR) est traversé par de nombreuses différences en termes d'histoire, de territoires, de tailles des équipes, de profils des professionnels ou des bénévoles, de politique institutionnelle et associative mais il est aussi unifié, cimenté par une philosophie, une éthique, une idéologie. Dans un tel contexte, certaines instances comme ASUD, l'association française de réduction des risques (AFR), la Fédération Addictions⁶⁴ ou encore le groupe de travail de Médecins du monde⁶⁵ ont pour mission de porter son discours au niveau national. Et il n'y a sans doute

⁶⁴ La Fédération addictions (FA) est née de la fusion en 2011 de l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) et de la F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoolologie et de l'Addictologie). Elle constitue un réseau au service des professionnels qui accompagnent les usagers dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions.

Pour en savoir plus : <http://www.federationaddiction.fr/la-federation/qui-sommes-nous/#sthash.ftTyOq28.dpuf>

⁶⁵ SIMMONOT, N. 2013. « La réduction des risques à médecins du monde, un engagement qui résiste à tout » dans Médecins du Monde (coordonné par), *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*. pp.36-42.

guère d'enjeux plus vitaux pour ce champ que son ouverture sur l'ensemble du secteur médico-social.

Peut-on asseoir ses pratiques quotidiennes sur les réflexions conduites au niveau européen sur la réduction des risques et tout particulièrement sur les guides qui ont pu être élaborés⁶⁶ ? Les professionnels ne rejettent pas ici de telles références, s'inspirent de celles-ci, s'y alimentent mais mettent aussi en exergue la nécessité de prendre en compte l'histoire particulière de la France.

Portée à l'origine par quelques associations et personnes militantes dans un contexte social caractérisé par la menace de la pandémie du sida, celle-ci a fait peu à peu l'objet d'une reconnaissance sociale et institutionnelle, de l'abrogation en 1987 du décret de 72 qui interdisait la vente des seringues en pharmacies à son inscription dans le code de la santé publique en 2004. Devenue politique nationale, son acceptabilité sociale et politique, si l'on se réfère aux indicateurs de Harm Reduction International (HRI)⁶⁷ n'est pas pour autant totale en l'absence de salle de consommation à moindres risques (SCMR).⁶⁸ Son succès est patent vis-à-vis des risques sanitaires (notamment infection et surdosage) qu'elle a su réduire drastiquement, moins sans doute vis-à-vis du risque « social » que constituent la stigmatisation et le rejet des usagers de drogues dans l'espace public.

Enfin, la pratique de la RdR serait encore insuffisamment étayée sur le versant théorique.⁶⁹ Moins sans doute en raison d'un déficit de travaux de recherche⁷⁰ sur son

⁶⁶ AKOUKA, A. ; DEMCZUK, K ; SCHNEIDER, E. ; SCHNEIDER-HARRIS, J. ; TAYLOR, J. ; WYKURZ, E. *Guide pratique de travail d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues*, Démocratie cities drugs Project, European Forum Urban Security, Accès. Publication cofinancée par la Commission Européenne. Précisons seulement ici que « Outreach Work » (OW) signifie « aller vers ».

⁶⁷ L'Association internationale pour la réduction des risques (IHRA) a été créée en 1996. Elle a été renommée Harm Reduction International (HRI) en 2011. Cette association mesure le degré d'acceptabilité sociale et politique de la réduction des risques (RdR) à partir de quatre indicateurs : existence de testes officiels, programme d'échange de seringues (PES) ; Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et salles de consommations à moindres risques (SCMR).

⁶⁸ CHAPPARD, P. & COUTERON JP. 2013. *Salle de shoot - Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*, La Découverte.

⁶⁹ On doit mesurer ici la difficulté et l'immensité de la tâche à laquelle nous devons nous atteler car il ne s'agit pas non plus de construire un corps unifié de doctrine qui pourrait servir de fondement à la pratique et aux outils de la RdR. Pour rassurante qu'elle puisse paraître de prime abord, une telle démarche ne pourrait à terme que prendre un tour défensif et se retourner contre la nécessité de penser la pratique à l'épreuve de l'événement et de l'inédit. Il est préférable ici de parler en termes de points d'appui (multiples), de prises, si l'on veut reprendre la métaphore de l'escalade plutôt qu'en termes de fondement (unique). On sera alors d'accord avec Frédéric MENNERET sur la nécessité de déployer la pensée plus sur le mode de l'archipel que sur celui du continent, pour reprendre la belle métaphore d'Edouard GLISSANT. Autrement dit toujours à partir de (et en revenant à) la multitude des situations et expériences vécues, et en s'attachant à prêter une attention soutenue à ce qui n'est pas (encore) considéré comme fait social méritant l'engagement d'une analyse. Reste à voir si un tel choix équivaut à soutenir ou, du moins, à privilégier un point de vue (purement) pragmatique, comme nous y invitent bon nombre de textes défendant les principes de la RdR ? Sur ce dernier point, nous pensons qu'il est nécessaire d'engager le débat. Sur la pensée archipélique, se reporter à MENNERET, F. 2013. « La réduction des risques. Une pensée en archipel ». Dans *Histoire et*

domaine d'objets qu'en raison d'un déficit de formation (nous traiterons cette question dans le prochain chapitre). Plus que sur des concepts, cette pratique prendrait alors appui sur des principes forts (et notamment sur ceux de la proximité, du non-jugement et de l'expérience des pairs) et des techniques efficaces. Encore balbutiante, et en recherche de ses ancrages, elle serait pourtant déjà confrontée à un cadrage certes nécessaire (légitimation de l'intervention, définition d'un ensemble de missions partagées, pérennisation de l'action grâce au financement, sécurisation des équipes intervenantes) mais susceptible, à terme, de la dévitaliser, de restreindre sa capacité d'innovation en raison de la force d'inertie qui caractériserait les structures médico-sociales. Selon les professionnels, on ne saurait donc persévérer dans l'esprit RdR et faire vivre l'innovation qu'elle exige sans maintenir une pluralité de structures (ONG, associations d'autosupport et structures médico-sociales). Faut-il ici insister longuement sur l'implication pratique d'une telle prise de position, sur le fait que les CAARUD doivent coopérer étroitement avec les CSAPA mais aussi Asud, l'AFR, le collectif du 18 joint⁷¹, la FA...

La France a une histoire spéciale de la RdR avec une vision : « il faut virer tous les tox de la rue ». Elle s'est réveillée un peu tard avec le côté : « On est complètement à la masse par rapport au sida. Il faut qu'on fasse quelque chose ! » Ce qui donne des argumentaires, des façons de travailler et des buts différents.

Le cadrage a ses avantages mais un de ses inconvénients, c'est le fait qu'on ait beaucoup plus de mal à faire bouger une structure médico-sociale qu'une structure associative... A l'heure actuelle, la RdR, c'est des ONG, des associations et des structures médico-sociales. On apprend tous les uns des autres. Il faut continuer ce processus, sinon ça risque de se stabiliser et de crever sur la réflexion. A l'heure actuelle, pour lancer une structure, il faut rentrer dans des critères préétablis qui ne correspondent pas forcément aux besoins réels de l'endroit où on doit intervenir.

Asud, ce n'est pas uniquement un journal, c'est aussi l'expertise des usagers. Ils parlent de ce qu'ils vivent pour penser la manière de formuler des messages de prévention pour qu'ils soient vraiment entendus par les usagers eux-mêmes. C'est de la prévention des usagers faite par des usagers. Mais 20 ou 30 ans après les premières expériences, il y a peu de transmission et tout se fait comme si tout le monde savait de quoi on parle.

Quand un usager parle à un usager, tous les deux savent de quoi ils parlent. En aidant un usager à pratiquer des injections d'une certaine façon, un pair peut aider un usager à prévenir les abcès ou phlébites et à préserver

principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social. Médecins du Monde, pp.7-10. Se reporter aussi à GLISSANT, E. 2009. Philosophie de la relation. Poésie en étendue, Paris, Gallimard, NRF, p.45.

⁷⁰ Nous évoquerons ici une seule œuvre scientifique, celle d'Anne COPPEL. On se reportera notamment à COPPEL, A. & DOUBRE, O. 2012, *Drogues, sortir de l'impasse*, Expérimenter des alternatives à la prohibition, Paris, La Découverte ; COPPEL, A. 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte ; BACHMANN, C & COPPEL, A. 1989. *Le Dragon domestique, Deux siècles de relations étranges entre les drogues et l'Occident*, Paris, Albin Michel.

⁷¹ L'Appel du « 18 joint » est à l'origine un manifeste appelant à la légalisation du cannabis en France, publié le 18 juin 1976 dans le journal Libération. En 1993, le Collectif d'information et de recherche cannabique transforme le texte de l'appel en pétition et organise tous les ans des rassemblements le 18 juin pour continuer le débat autour de la prohibition et de la légalisation du cannabis.

son capital veineux.

La déclinaison pratique, ce sont tous ces programmes sanitaires qui cherchent à réduire l'impact des épidémies virales sur les usagers de drogues, avec beaucoup de réussite par rapport au VIH et d'interrogations concernant le VHC... Il y a plein de choses sur la technique mais très peu sur la philosophie de la RdR.

On était contents quand la loi a reconnu la RdR. Ça a commencé autour des années 80-90 pour que ce soit inscrit dans les textes beaucoup plus tard. Mais à partir de là, silence radio...

Il y a eu une autocensure ou autolimitation. Personne n'a osé pousser le cadre jusqu'aux toutes récentes initiatives liées à la salle de consommation. Rien ne dit dans le texte que l'aide à l'injection est interdit mais on ne dit pas non plus que c'est permis... Donc, ça a limité la capacité à être dans la créativité et le questionnement. Et dans la réponse à un vécu quotidien, on s'interdit ça nous-mêmes. Le cadre nous a un peu plombés...

Cette loi de 70 empêche tout mouvement. C'est un processus schizophrène. D'un côté, on dit : « tu as le droit de distribuer du matériel pour injecter » mais de l'autre côté, on te dit : « ce que tu injectes est interdit... »

Depuis des années, ça pousse pour qu'il y ait des innovations... les kits expérimentaux de crack, ça a mis des années. Là, ils veulent une salle de consommation mais qu'est-ce qu'on fait des crackers ? AIDES, Médecins du Monde... ont été des organismes porteurs mais les instances décisionnaires et l'État mettent le mouchoir dessus parce qu'ils sont contraints, avec les CAARUD, à ne pas aller trop loin parce que ça reste illégal.

Le non-jugement

« J'ai pris de l'héro, c'est de la folie ! » Précisément parce qu'ils s'abstiennent de porter un jugement sur la prise des produits et sur ce que les usagers en disent, les professionnels peuvent construire un rapport de confiance avec eux. Mais la question du non-jugement est sans doute bien plus complexe qu'elle ne paraît de prime abord. Il leur faut tendre vers la seule description du fait (vers le seul jugement de fait, pour reprendre le terme philosophique) qui implique une observation neutre et objective, notamment lors de l'élaboration des rapports d'activité, tout en sachant qu'il y a là un objectif inatteignable, malgré toutes les précautions dont ils peuvent faire usage dans leurs formulations. S'il est possible d'éviter les stéréotypes, les représentations les plus stigmatisantes de l'altérité sociale, il est, par contre, impossible, à un moment donné, de ne pas passer du descriptif au prescriptif, de ne pas accorder une valeur à ce que l'autre a fait ou dit, de ne pas être dans le jugement de valeur. Ainsi, affirmer dans un compte rendu de situation que tel usager préfère mettre 20 euros dans le produit plutôt que dans l'achat de chaussures pour son enfant, décider d'écrire cela plutôt qu'autre chose, d'extirper ces deux faits du réel de sa vie et de les mettre en relation ne relève pas d'un simple constat mais bel et bien d'un parti pris.

La confiance est établie parce qu'on ne juge pas la prise de produit.

Dans le cadre de mon travail, ce qui relève de leurs options, ça les regarde. J'en rigole des fois avec eux. Quand ils ont consommé, ils ont l'air plus pêchu ! Il y a cette forme de confiance qui permet de partager les choses.

J'ai bossé pendant 10 ans en prévention spécialisée. Pour moi, libre adhésion, gratuité, anonymat, c'est quelque chose ! Je n'ai pas à avoir de jugement. Ils sont ce qu'ils sont et on fait avec ce qu'ils sont. Mais, on reste humain et il y a des situations... moi, ça fait 22 ans que je bosse et je m'étonne encore tous les jours ! Quand on fait un rapport, on doit être objectif. Maintenant, on sait que ça n'existe pas, même si on met toutes les politesses orthographiques : « il paraît » ; « peut-être que » ; « il semblerait »... Quand on sait qu'il préfère mettre 20 euros dans du produit plutôt que dans des pompes pour son gamin, rien que de l'écrire dans un rapport, ça entraîne un jugement ! Dans l'écrit, on met de nous ! Maintenant, je n'ai pas de stéréotypes. Ce n'est pas parce que tu t'appelles machin, que tu vis dans tel quartier, que tu es forcément ça !

Parfois, ça peut nous paraître aberrant, mais c'est l'autre qui décide !

On ne saurait poser la question du jugement (de valeur) et du non-jugement *in abstracto*, en faisant l'économie d'une réflexion sur le sens que l'un et l'autre peuvent prendre aux différentes étapes de la relation qui a été nouée avec l'utilisateur de drogues. « *Faut que t'arrêtes !* » : une telle proposition peut constituer une interpellation jugeante parce qu'elle disqualifie, charge négativement la consommation de drogues, et une injonction contreproductive. C'est particulièrement le cas si aucune demande de l'utilisateur n'a pas (encore) été entendue ; si aucun lien de confiance n'a pas (encore) été construit. Proférée plus tard dans la relation, en réponse à une demande précise de l'utilisateur, cette même proposition résonne autrement. Elle manifeste plutôt le fait que le professionnel prend soin de ce dernier. Dans un tel contexte discursif, une telle interpellation contient sans doute encore un jugement de valeur mais ce dernier s'inscrit moins dans une opposition bien/mal que normal/pathologique. Mais une telle interpellation est aussi un jugement de fait dans la mesure où elle l'informe des risques sanitaires qu'il encourt en continuant à consommer.

Qu'il puisse parfois se mettre en colère, s'indigner parce qu'il désapprouve son attitude témoigne de l'intérêt qu'il lui porte, du fait qu'il prend soin de lui ; plus, en tout cas, que s'il faisait montre d'indifférence, de laxisme et d'une « gentillesse » constante. Le non-respect circonstancié de ce principe ne doit pas pour autant empêcher de « faire ce qu'il y a à faire » du point de vue de la réduction des risques (RdR).

Quand la personne vient vous dire : « regarde mes bras, j'ai fait ça, j'arrive plus à trouver mes veines, qu'est-ce que je fais ? » Comment lui répondre ?

On parle de lien de confiance. Plein de personnes lui ont dit : « faut que t'arrêtes ! » mais elles n'ont pas répondu à sa propre demande : « tu penses qu'il faut que j'arrête ? » C'est les mêmes mots mais le contexte fait

que ce n'est pas vécu pareil par la personne.

Le gars vient te parler de ses consos et te dit : « qu'est-ce que t'en penses? » On ne peut pas lui dire : « je ne vais pas te juger, je ne te dirais rien... ». Il y a des moments où il demande notre avis et on ne pourrait pas faire de la RdR si on ne donnait pas notre avis sur telle ou telle pratique. C'est un peu ambigu des fois. Un jeune me demande : « qu'est-ce t'en penses ? Il faut que j'arrête ? » Je suis là, « ouais, tu sais... » Moi, dans mon for intérieur, bien sûr que je le pense. Je lui ai dit : « vu l'état de tes bras, il serait temps de prendre une décision. » J'ai nuancé les choses.

C'est de l'information pour la santé de la personne. La jugulaire d'accord mais il y a des risques avérés. Quand on dit : « c'est n'importe quoi ! » ou : « si tu fais ça, voilà à quoi tu t'exposes ! », c'est du savoir.

La fiche sur les points d'injection d'Asud est super bien faite.⁷² Bloody est à poil dans un cercle. Il est en train d'injecter dans la veine du pénis. On pourra lui dire : « est-ce que tu es conscient qu'il y a des risques importants pour ta santé ? » C'est ça la différence entre le jugement et la capacité de réagir pour pouvoir donner des infos avérées concernant l'impact réel sur la santé.

L'usager n'a plus beaucoup confiance en lui. Donc, il ne faut pas le trahir ; il faut lui dire la vérité qui, des fois, fait mal mais peut rendre service. Parfois, il me dit : « des fois, tu te mets à gueuler » Je dis : « oui parce que je veux te montrer que j'ai encore envie de me battre, de te réveiller ! » Des éducateurs ont été sévères avec moi. Ceux qui me laissaient faire ce que je voulais ne m'aidaient pas.

L'usager n'est pas en attente d'une leçon de morale mais d'un signe de la part des professionnels, qui lui permette de savoir qu'ils sont encore du côté du vivant, capables de réagir vite et de façon appropriée, qu'ils ne sont pas indifférents, qu'ils le reconnaissent finalement en tant qu'être humain. Un signe qui peut parfois traduire leur indignation, voire leur réprobation vis-à-vis des actes qu'il a pu poser, commettre.

Le lien de confiance est parfois suffisamment solide pour que les professionnels puissent s'autoriser à lui signifier l'inquiétude qu'ils éprouvent face à son état de délabrement physique (« Tu as une sale gueule aujourd'hui ! ») estimant alors que le fait de porter un tel jugement lui renvoie aussi tout l'intérêt et l'attention qu'ils lui portent.

Parfois les usagers n'attendent pas que vous leur disiez : « c'est con, faut pas faire ça ! » Ils attendent que vous leur envoyiez quelque chose de l'ordre des limites... que vous leur disiez autre chose que : « on s'en fout ». Voilà on n'est pas indifférents ! On est dans la reconnaissance !

Des choses nous heurtent, et parfois on peut leur dire : « ça me choque... moi, je n'aurais jamais fait ça ! » sur un air de : « mais tu fais n'importe quoi ! »

Le matin, Je n'hésite pas à dire à certains qu'ils ont une sale gueule. C'est jugeant mais ça montre aussi qu'on s'intéresse aussi à l'état dans lequel ils sont. Après, il y a le ton ! Tu ne le dis pas à n'importe qui... Il y a un travail de relation, la confiance...

⁷² Sur cette question, on peut se reporter au « Manuel de shoot à moindre risques » édité par ASUD.

La proximité

Pour les professionnels de la RdR, il s'agit d'aller au plus près de la personne, afin d'être à ses côtés, en soutien pour qu'elle sache qu'elle pourra compter sur eux dans les moments les plus difficiles, les plus dramatiques, lorsqu'elle aura besoin de leur aide. Cela, soit en se rendant sur son territoire de consommation, soit en se rendant le plus disponible possible à l'accueil, dans les locaux du CAARUD. Les professionnels doivent tisser une relation de confiance avec elle afin de l'autoriser à parler mais aussi à leur signaler qu'elle n'a pas envie, aujourd'hui, d'échanger avec eux ou qu'ils ont pu malencontreusement, à tel ou tel moment de leur activité, poser un acte inapproprié ou une parole déplacée. Seule une telle relation dont la construction requiert humilité et désir d'apprendre permet aux professionnels d'apporter sans cesse les corrections nécessaires à l'amélioration de leur pratique.

Ils doivent aller au plus près de l'autre sans qu'il y ait pour autant recouvrement des identités. La façon dont les professionnels s'adressent à l'utilisateur est ici déterminante dans la mesure où le langage constitue le principal médium de la relation. Il lui faut sans doute débarrasser le langage de tous les vocables techniques qui sont susceptibles de nuire à la communication mais il ne lui faut pas non plus toujours utiliser les mêmes termes que l'utilisateur.

Enfin, le fait de tutoyer ou de vouvoyer l'utilisateur n'est pas neutre, sans effet sur la relation de proximité que les professionnels tentent de construire. On ne saurait bien sûr ici définir une règle d'usage. Il est des tutoiements porteurs d'une forte violence, à l'instar de ceux des interpellations policières. Il est des vouvoiements non moins violents car venant marquer le mépris. Mais il est aussi des situations où tutoiement ou vouvoiement témoigne du respect que l'on porte à l'autre. On ne peut ici faire abstraction de la personnalité et de la culture du professionnel. Tel intervenant peut avoir le sentiment de perdre toute humanité en utilisant le vouvoiement ; tel autre a besoin de celui-ci afin d'assurer un minimum de distance et de rester dans un cadre professionnel.

On essaie d'être au plus proche de la personne pour qu'elle sache qu'on sera là au moment où ça n'ira pas.

Des utilisateurs m'ont souvent dit : « Là, tu as dit une connerie ! » Je dis : « Merci de me le dire, je ne le referai

pas. » C'est important de se dire les choses : « Si tu n'as pas envie de parler avec moi aujourd'hui, tu me le dis et je te laisse tranquille ! » Il ne faut pas décevoir. Pousser la porte d'un CAARUD, ce n'est pas anodin, on espère trouver quelque chose derrière cette porte !

Des travailleurs sociaux parlent comme les usagers... « Je te donne un rancart... »

Les professionnels qui ont été dans la consommation sont peut-être plus à même, grâce à leur histoire personnelle, de comprendre ce que les usagers de drogues vivent. Décryptant mieux leurs attitudes et réactions, ils sont susceptibles parfois de trouver des positionnements plus aidants ; de bien distinguer, par exemple, entre les moments propices à la discussion et ceux pendant lesquels il est préférable de ne pas intervenir. Dans le même temps, sans doute parce qu'ils se sentent mieux compris, les usagers s'autorisent peut-être aussi à leur en dire plus qu'aux autres.

Sachant que j'ai été usager, ils déposent des choses qu'ils ne déposeraient peut-être pas aux éduc.

On est deux à avoir été dedans. L'équipe est pluridisciplinaire. Sur les effets des produits, les gens se posent souvent la question : « mais pourquoi il réagit comme ça ? » C'est à nous d'expliquer que ce moment-là n'est pas propice à la discussion.

Ils me disent : « t'as changé ! » C'est peut-être plus facile pour eux de s'exprimer parce qu'ils me connaissent.

Les éducateurs pairs

On sait le rôle pionnier joué par une association d'autosupport comme ASUD dans la mise en place, en France, de la politique de la réduction des risques.⁷³ On sait aussi que la reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues a longtemps constitué un principe structurant de cette politique. Rares étaient les équipes d'intervenants qui ne disposaient pas en leur sein d'éducateurs pairs dans les années 90. Aujourd'hui, il semble que les professionnels ne considèrent plus les usagers comme des pairs avec lesquels ils pourraient travailler. Ces derniers et parmi eux tout particulièrement les crackers ne disposeraient d'aucune légitimité pour cela. On peut bien sûr ici tenter de dégager les raisons qui ont conduit à une telle situation. On peut aussi mettre en question l'évidence selon laquelle on ne pourrait pas travailler avec les crackers parce que leur compulsion au produit ne les rendrait jamais disponibles à une telle coopération.

⁷³ OLIVET, F. « L'autosupport des usagers de drogues. Une histoire de tox », dans Médecins du Monde (coordonné par), *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*, pp.64-71.

Vers 93-94, toutes les équipes avaient leur usager, leur éducateur pair. Ils initiaient les autres sur le terrain, dans les squats. ASUD s'était adossé sur un mouvement alternatif. Ils avaient une légitimité. En Région parisienne, on a totalement cassé les éducateurs pairs. Ils étaient moins payés pour le même boulot, et parfois des boucs émissaires. Il n'était pas question non plus qu'ils consomment... Beaucoup ont lâché mais certains aussi se sont intégrés avec le parcours classique, sont parfois passés par la fac... Les usagers avaient intérêt à redevenir invisibles. Une association comme ASUD ne survit aujourd'hui que grâce à la ténacité de quelques-uns. Les professionnels ne sont plus du tout dans cette logique de se mettre au même niveau, de reconnaître la parole des usagers. Et les usagers de crack sont complètement délégitimés...

Je préfère travailler avec un usager d'héro. Il est plus cool, plus stable, il n'a pas envie d'aller pécho tous les demi-heures. Il pique, ce n'est pas drôle mais on est au contact plus longtemps avec lui. Tu le fixes plus longtemps.

On ne se pose pas la question de comment on fait avec le crack. On a l'image d'une compulsion permanente alors qu'il y a des phases dans la journée ou la semaine. Dans un centre d'hébergement, tu vas perdre le crack pendant une semaine, puis tu vas le retrouver deux ou trois jours. Il y a cette image du loup garou !

Réduction des risques et abstinence

Quelle est la place de l'abstinence dans la RdR ? Cette démarche ne la prône point ; elle n'a pas en effet pour finalité (télos) l'arrêt de toute consommation. Mais le type d'accompagnement qu'elle rend possible peut avoir, dans certains cas, pour conséquence cette abstinence, si cette dernière répond à une demande explicite de l'utilisateur et surtout, en deçà de la formulation de cette demande, à son désir. Sa place est peut-être similaire à celle de la guérison dans la psychanalyse : elle n'est pas activement recherchée mais elle peut survenir dans la démarche « par surcroît ». ⁷⁴ Dans une telle perspective, il n'y a donc point échec en son absence mais il peut y avoir succès si elle survient. Ne constitue-t-elle pas, après tout, le dernier palier d'un processus de réduction des risques ?

Ce n'est pas mon rôle de lui dire d'aller en postcure, mais s'il me le propose, pourquoi pas ?

Le moins de risques possible, c'est quand même de ne pas consommer ! L'abstinence, ça peut arriver !

Dans les hôpitaux, l'abstinence est recherchée. L'aboutissement est un peu idyllique, c'est le Soin avec un grand S et quand tu n'arrives pas à ça... cela peut être considéré comme un échec. Si la personne dit : « j'ai arrêté parce que j'ai voulu », c'est sa décision. C'est des démarches importantes. Tu entames quelque chose qui change ton quotidien, ta vie.

⁷⁴ FREUD, S. 1939. « Analyse terminée et analyse interminable », *Revue française de psychanalyse*, XI, n° 1.

Réduction des risques et rapport à la norme

Le débat engagé au sein du groupe des professionnels autour de la question de la norme a pour enjeu de dépasser des modes de représentation de l'altérité sociale et culturelle qui, souvent, oscillent entre misérabilisme et relativisme.⁷⁵ L'avancée dans la réflexion suppose ici que l'on reprenne la distinction opérée par Georges Canguilhem entre normalité et normativité⁷⁶ ; entre la capacité à s'adapter aux normes dominantes et la capacité à produire ses propres normes. Dans une telle perspective, le misérabilisme prive l'autre de normativité parce qu'ils ne seraient pas dans la normalité. Il rabat en quelque sorte la normativité sur la normalité. Le relativisme lui restitue la normativité mais a tendance à oublier que toutes les normes ne se valent pas du point de vue de la société globale en raison de la domination de certaines d'entre elles sur d'autres.

C'est le côté normalisateur qui me pose problème. La norme, avec un grand N, comme si cette norme existait !

Elle existe. Tu ne peux pas arriver à la CAF et dire : « écoute, donne-moi ça et puis c'est tout ! » Tu es obligé de dire : « bonjour, s'il-vous-plaît ! »

Tu ne peux pas aller chercher un bout de shit en demandant : « auriez-vous l'obligeance, s'il vous plaît, Monsieur, de bien vouloir me donner un bout... »

Tu ne vas pas dire à la boulangère : « Hé wesh, donne-moi une baguette de bain steuplé ! »

Si tu lui donnes des sous, la boulangère te donne la baguette.

Si tu lui donnes des sous, il va te donner la barrette. A certains endroits, à Sevran, les mecs sont cagoulés et ne parlent même pas !

Nous, on s'adapte. Dans une cité, je n'y vais pas en mini-jupe. Là, en réunion, on a un autre vocabulaire qu'avec nos potes. Moi, si je leur parle de ça, ils vont me dire : « t'es folle ! »

⁷⁵ Il ne s'agit pas d'observer l'autre à partir de ce que l'on est et de réduire sa différence, sa spécificité, voire son irréductibilité à un manque, un handicap, une absence. Qu'il ne partage pas ce qui fait norme pour moi (ou pour nous) ne signifie pas qu'il soit privé de normes. Ne pas verser dans une telle représentation misérabiliste qui finalement attribue à l'autre un moindre-être exige sans doute une vigilance de tous les instants et plus encore dans des métiers où le professionnel se retrouve souvent face à un usager qui lui adresse une demande à partir d'une difficulté ou d'un handicap particulier. Une vigilance qui ne doit pas pour autant nous faire oublier que les mécanismes de domination exercent aussi leurs effets dans le champ normatif. Sur les différents modes de représentation de l'altérité sociale et culturelle, se reporter à GRIGNON C & PASSERON JC. 1989. *Le savant et le populaire*, Paris, Seuil.

⁷⁶ CANGUILHEM, G. (1943)-1975. *Le normal et la pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant les normal et le pathologique*, Paris, PUF.

Les individus peuvent être normatifs, produire leurs propres normes. Mais leur normativité se heurte à la normalité d'une société donnée. Ils ne peuvent pas faire comme si les normes sociales n'existaient pas, que ces dernières renvoient à ce qui doit être fait (normes normatives) ou à ce qui est le plus fréquent, à ce qui se fait le plus couramment (normes statistiques).⁷⁷ Celles-ci sont repérables par leur extériorité et leur caractère contraignant. Elles s'imposent avec plus ou moins de force à tous. Par exemple, un individu dont le projet est l'achat d'un camion pour faire le tour du monde sera moins bien étayé dans ses démarches, accompagné qu'un individu qui demande un logement parce que son projet est celui de la réinsertion professionnelle.

Moi, j'ai ma norme. Vous, vous avez la vôtre. Chacun... Il y a des normes auxquelles je suis obligée de me plier puis il y en a d'autres, non. L'éducateur n'est pas là pour faire entrer les gens dans la norme.

Si je dis : « moi, je veux un camion pour faire le tour du monde », mon projet de vie semble moins sérieux que celui de quelqu'un qui dit : « j'aimerais un logement pour accéder à une réinsertion professionnelle. » Là, on entre dans un chemin tracé.

Le propre des professionnels qui prennent le parti de la réduction des risques est d'engager une réflexion critique sur les normes en vigueur dans les structures de droit commun (et, au-delà, dans la société globale). Ce qui est normal dans ces structures ne l'est pas dans les CAARUD. Ce qui y est exigé ne l'est pas dans les CAARUD. Une telle critique ne signifie pas que les professionnels ne se réfèrent pas à des normes dans leur activité quotidienne. Bien au contraire, elle implique un intense travail de re-normalisation.⁷⁸ Un CAARUD n'est pas moins normé qu'une structure de droit commun mais tout simplement autrement normé.

Dans un CAARUD, il y a des codes et des normes mais pas ce ne sont pas ceux de l'hôpital pour qui les usagers de drogues peuvent être des tricards à vie. La tolérance est beaucoup moins importante...

RdR liés à un usage passé

Selon un intervenant, il ne s'agit pas seulement de réduire les risques liés à un usage actuel mais aussi à un usage passé ; liés en fait aux conséquences actuelles d'un usage passé. Il cite le cas d'une personne qui avait cessé d'injecter de l'héroïne depuis une quinzaine d'années mais qui souffrait encore des séquelles liées à ce produit et à son mode d'administration et tout particulièrement d'une hépatite C. Il ne regrette pas ici

⁷⁷ CANGUILHEM, G (1943)-1975, Op.cit.

⁷⁸ SCHWARTZ, Y. 2010. « Connaître et étudier le travail », *Ergologia*, n° 3, pp.93-104.

d'avoir soutenue une telle position et réussi à la faire partager à ses pairs puisque la mise en oeuvre d'un traitement permet à celle-ci de retrouver la santé.

Toute l'équipe m'a dit : « vu qu'il n'est pas consommateur maintenant, on ne le suit pas ». Là, je me suis posé une grosse question : « mais la rdr, c'est quoi ? » Elle peut être liée à un usage qui date de 15 ans ! On a discuté, il a commencé le traitement, il est guéri et il très beau à voir ! A chaque réunion, la première question : « est-ce qu'il est consommateur ? » Non, mais il l'a été pendant 20 ans ! c'est sur les conséquences de la consommation. Je l'ai mis dans mon rapport d'activité, et bien souligné en gras parce que ça me pose un souci.

Pour certains participants, il ne s'agit pas sur une telle question de définir une position indépendamment de l'analyse de la situation concrète, et tout particulièrement des raisons qui poussent les personnes qui ne sont plus dans l'usage des drogues à venir dans leur structure, sauf à courir le risque de faire du « social pur », de se réinscrire dans le droit commun et, ce faisant, de tourner le dos aux missions propres au CAARUD. Qu'est-ce qui, en effet, les pousse sinon, par exemple, la grande accessibilité de leur structure ou encore le désir d'être passeur, en montrant à leur pairs qu'ils ont su s'en sortir et que chacun peut, comme eux, s'en sortir ? Pour ces professionnels, il faut bien distinguer ici entre accueil et accompagnement. Si tous les usagers doivent être accueillis au CAARUD et sont susceptibles d'être orientés, seuls ceux qui appartiennent à son public peuvent rentrer dans sa file active en bénéficiant d'un accompagnement spécifique.

Il veut peut-être que les autres soient au courant. Il tient à faire savoir qu'il est à 15 milligrammes et plus à 40 milligrammes...

Un professionnel ressource

Pour certains participants à la démarche, leur activité implique une dimension éducative puisqu'il s'agit d'accompagner l'utilisateur dans des apprentissages ou des réapprentissage qui lui permettent de devenir (plus) autonome.

Une telle position entraîne chez d'autres un mouvement de recul et suscite beaucoup de questions. Ceux-là refusent de se positionner en tant qu'individu supposé sachant et détenteur des bons codes face à un individu supposé ignorant⁷⁹ et privé de ces derniers. Comment être dans cet éducatif-là qui suppose cette dissymétrie-là, ce rapport de domination-là alors que l'engagement dans une pratique de RdR repose sur la volonté de se rapprocher de l'autre et d'être avec lui « à hauteur d'homme », même si l'on a

⁷⁹ « Alumnos » est la traduction espagnole de « élèves », qui, littéralement, signifie « privés de lumière » !

conscience de ne pas occuper la même place sociale ?

Le fait même d'évoquer une action éducative pour des adultes ne fait pas sens pour eux, et ne revêt aucune légitimité. Exercer une action éducative sur l'autre pour qu'il puisse devenir autonome, voilà peut-être une façon de dénier les capacités qu'il a dû mobiliser pour traverser bien des galères, pour survivre à bien des épreuves. Des capacités qu'il n'aurait pas pu mobiliser si, précisément, il n'était pas déjà doté d'une certaine forme d'autonomie. En reprenant à son compte une stigmatisation indirecte de l'usager relativement courante aujourd'hui, notamment dans le champ social et éducatif, on prendrait alors le risque de renforcer ce contre quoi on lutte.⁸⁰

La personne remplit le dossier de surendettement. Je ne fais pas à sa place. Je l'accompagne lorsqu'il y a un peu d'appréhension. Si elle ne parle pas très bien français, je prends le premier rendez-vous. Ma mission, c'est de lui mettre le pied à l'étrier pour qu'elle puisse devenir autonome.

La semaine dernière, un mec est rentré dans le Caarud : « je veux un kit ! » J'ai dit : « pardon ? » ; « bonjour, je pourrais avoir un kit s'il te plaît ? » ; « bien sûr, pas de problème ». Il a ameuté tout le monde, les tasses de café ont giclé, il nous a fait peur ! Ça fait aussi partie du savoir vivre. S'il débarque dans une administration et le demande comme ça, il n'obtient rien ! Ici, il y a des codes, une normalité...

« Nous, on sait ; toi, tu ne sais pas. Moi, j'ai les codes ; toi, tu ne les as pas. » Quand on fait de la RdR, on essaye de réduire cette distance, de ne pas être dans cette dissymétrie, dans cette position de domination.

Accompagner des adultes, oui, mais éduquer !

Eduquer des gens qui jusqu'à présent ont réussi à survivre ! Les gens sont autonomes, ils savent faire mais pas forcément dans les bons champs... Il y a un savoir, un savoir-être, un savoir-faire. Dans leur situation, la plupart d'entre nous, on aurait besoin d'aide et d'accompagnement pour être autonome là-dedans. Ils n'ont pas les codes bien vus par la société mais ils savent se débrouiller. Ils ne savent peut-être pas faire un CV mais ils ont su gagner de la thune...

Les personnes confrontées à la précarité développent des capacités à résister à l'adversité sans doute plus importantes que les autres. Le fait d'être toujours là, présentes au monde malgré les épreuves qu'elles ont dû subir témoigne de leur existence même. Mais, à l'opposé, d'autres capacités essentielles, souvent, leur font défaut, celles que l'on mobilise pour vivre au quotidien ; des capacités qui permettent d'exercer des activités qui ont fait l'objet d'une routinisation pour la plupart des hommes. Elles leur font défaut faute

⁸⁰ Ainsi, viser l'insertion pour un usager ne revient-il pas, finalement, à l'assigner à une place d'exclu alors qu'il est déjà dans la société, fût-il à sa marge ? De même, viser la citoyenneté pour un usager (par exemple, dans les politiques de lutte contre illettrisme) ne revient-il pas à lui dénier le fait qu'il est déjà citoyen de droit ? Sur ce dernier point, se reporter tout particulièrement à LAHIRE, B. et al. 1999. *Comment se fabriquent les problèmes sociaux ? L'illettrisme en France : 1957-1997*, Université Lumière Lyon 2, groupe de recherche sur la socialisation, Pour le compte du Ministère de l'Emploi et de la solidarité. Ou encore à son ouvrage *L'invention de l'« illettrisme »*. *Rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris, La Découverte, Coll. Textes à l'appui, 1999.

d'avoir pu s'inscrire dans un cadre existentiel qui en permette la mise en oeuvre et le développement. Certaines ont désappris à dormir une nuit entière, à se lever le matin, à préparer le petit déjeuner ou le repas de midi, à faire des courses... En fait, elles ne sont pas capables d'exercer un certain nombre d'activités, et de parvenir à obtenir un certain nombre de résultats qui leur soient favorables faute de disposer d'un certain nombre de codes et, parfois, d'une maîtrise suffisante des savoirs de base (lire, compter et écrire). Cela est particulièrement patent, manifeste dans leurs relations avec les agents des administrations et contribue à les enfoncer plus encore dans la galère. D'autant qu'elles auraient parfois tendance à décharger leur colère contre ces agents afin de ne pas reconnaître leur propre impuissance. Elles auraient donc les codes qui leur permettraient de traverser des épreuves et, parfois, de survivre à des situations extrêmes⁸¹ mais point ceux qui leur permettraient de sortir de la galère.

Ce qui permet de vivre dans un « milieu », de survivre à sa traversée est cela même qui empêche ou, pour le moins, contrarie l'affirmation de la puissance d'agir ailleurs. Ce qui permet, par exemple, de tenir dans un « milieu » difficile comme la prison, devient complètement inopérant « dehors ». Ce qui permet à un jeune habitant de vivre dans un quartier populaire peut le mettre en difficulté dans une administration. Tout se joue ici dans la façon d'être, de se donner à voir à l'autre, de l'interpeller. Et il faut prendre en compte l'effet d'hystérésis⁸², la tendance chez l'être humain à transposer l'habitus forgé dans un champ dans un autre champ même s'il est, pour le coup, complètement inadapté, voire contre-productif, contre performant.

Si on ne fait pas de l'éducatif avec des adultes, comment on appelle ça ?

Quand ils vont dans une administration, ils vont tout faire pour se la péter parce qu'ils ne savent pas faire.

Elle ne parlait pas très bien français et la conseillère de Pôle emploi lui a raccroché au nez en disant : « si t'as envie de te foutre de la gueule de quelqu'un, appelle quelqu'un d'autre ! »

Là, c'est un savoir vivre et pas Le savoir-vivre...

Les petits taulards qui se font depuis qu'ils ont 17 ans, 3 mois de taule, 3 mois de sortie, 3 mois de taule... La

⁸¹ FISCHER, G-N. 1994. *Le ressort invisible. Vivre l'extrême*, Paris, Seuil, coll. psychologie.

⁸² Dans le champ de la physique, l'hystérésis désigne la propriété d'un système qui tend à demeurer dans un certain état quand la cause extérieure qui a produit le changement d'état a cessé. Dans le champ des sciences sociales, et tout particulièrement chez le sociologue Pierre Bourdieu, l'hystérésis désigne le phénomène par lequel les dispositions acquises par un individu au travers de sa socialisation dans un champ social déterminé pour répondre à certaines de ces exigences perdurent, même si cet individu change de statut, de position sociale... même si, aussi, ces dispositions sont désormais inadaptées aux nouvelles exigences. Se reporter notamment à BOURDIEU, P. 1980, *Questions de sociologie*, Paris, Minuit.

façon dont ils roulent des épaules, le côté « je vais essayer de t'aboyer dessus histoire de t'impressionner », c'est une façon d'être qui fonctionne en taule, c'est un savoir vivre pour pouvoir survivre.

Je ne suis pas éduc et je ne me sens pas éduc. Je suis toujours intervenant. On intervient avec des gens qui sont adultes. En CAARUD, ils se sont cassé la gueule et n'ont pas forcément les bons codes pour interagir avec les administrations. Quand ils ont 40 ans et 22 ans de taule, ils sont sur-adaptés à la taule. Quand tu leur demandes autre chose, en général, c'est : « wab ! »

A la Chapelle, les gars n'ont pas la même façon de faire. Nous, on s'adapte et eux, aussi, s'adaptent. Après, ils n'ont pas le sésame qui permet de rentrer dans une administration !

En cité, il ne dit pas bonjour, il aboie pour demander quelque chose et ça passe très bien ; dans un autre endroit, ça ne passe pas. C'est accompagner la personne pour qu'elle s'adapte à son environnement.

Pour d'autres participants, il s'agirait alors de se positionner plutôt en tant que passeurs qu'éducateurs.⁸³ Leur rôle consisterait à étayer l'utilisateur pour lui permettre non pas d'accéder à l'autonomie mais de passer d'un monde à l'autre en lui donnant les codes *ad hoc*. Dans une telle perspective, il ne leur appartient pas, par exemple, de porter un jugement négatif sur sa façon de s'habiller, de se coiffer, de se tenir mais de lui signifier qu'elle constituera probablement un handicap pour lui face un employeur en raison de la prégnance dans les esprits des normes dominantes.

Il faut dire à un gamin rappeur qui a le pantalon jusqu'au genou : « si tu vas chez un employeur, il vaut mieux que tu remontes ton pantalon ! » Moi, je m'en fous mais on sait que des employeurs vont tiquer ! C'est de mon devoir de lui dire : « tu es comme tu es, tu as le droit ; par contre, sache que... »

Est-ce qu'une personne qui m'apprendrait à rentrer en relation avec les gens de la Défense, à leur parler correctement serait un éducateur pour moi ?

Pour d'autres encore, il s'agirait moins de rejeter l'identité d'éducateur que de la transformer profondément en se réappropriant la philosophie de la réduction des risques, en la faisant vivre dans le quotidien de son exercice professionnel. L'un d'entre eux s'inscrit dans la démarche d'éducation à la santé. Dans une telle perspective, il ne s'agit pas pour lui d'accompagner les usagers (de drogues) à l'autonomie mais il ne s'agit pas non plus d'énoncer la loi médicale afin que chacun puisse s'y conformer. Il s'agit de faire

⁸³ Il est instructif ici de comparer, fût-ce rapidement, les résultats de cette recherche-intervention avec ceux que nous avons obtenus dans le cadre de la démarche déjà citée conduite en 2001-2002. Les intervenants de proximité rejetaient alors la figure sans doute plus imaginaire que réelle de l'éducateur afin d'affirmer leur professionnalité, de préciser leur façon de travailler dans la rue auprès des usagers de drogues. Selon eux, ils n'étaient pas éducateurs parce que rien ne venait conditionner leur relation à l'autre, ni demande, ni projet ; parce qu'ils allaient au-devant de lui en s'inscrivant dans une perspective sanitaire et non éducative ; parce qu'ils l'accompagnaient pour qu'il réduise les risques qu'il encourait en consommant des drogues et non pour lui rappeler la Loi afin qu'il s'y conforme, pour le réadapter aux normes de la société afin qu'il s'y insère ; parce que les résultats de leur agir professionnel ne pouvaient être évalués que sur le très long terme. Retenons que la visée de l'autonomie n'était point évoquée dans leur discours. CAUSSE, L. & ROCHE, P. (Sous la direction de). 2002. Op.cit.

part de son expérience et de son savoir, d'être finalement un professionnel ressource sur lequel les usagers de drogues peuvent prendre appui, s'ils le désirent.

Qu'on soit passeur, éducateur ou pair, usager, cette philosophie-là suppose d'accepter que l'autre a des choix et que je ne vais pas lui dire : « fais ceci, fais cela ! » ; « Il vaut mieux que tu entames une posture » ; « prend un traitement de substitution ! »

Je pense être sur l'éducation à la santé. Ce n'est pas tant qu'il faut être propre, passer un tampon d'alcool avant, après... ce n'est pas : « il faut » mais : « voilà les conséquences, ce que j'ai appris, ce que je sais ». Des gens ont utilisé un gros mot anglais, celui de « empowerment ».⁸⁴ Finalement, c'est vraiment le truc qui m'intéresse.

On fait aussi des ateliers « alimentation ». Tu peux avoir des carences, tu peux faire ça à bouffer, ça ne coûte pas cher. C'est de l'éducation à la santé et au « bien manger ».

Peut-on définir ou du moins commencer à dessiner une identité qui serait commune à tous les professionnels intervenant dans les CAARUD au-delà des métiers qui figurent sur leur fiche de poste (éducateurs spécialisé, moniteur éducateur, assistant de service social, infirmier, psychologue...) ? Sur ce point, une notion fait l'unanimité des participants, celle de professionnel ressource. Celle d'un professionnel dont l'activité pourrait être située entre celle de l'éducateur et celle du passeur, qui se rendrait au plus près de l'utilisateur de drogue, et se maintiendrait à ses côtés afin de lui apporter les ressources dont il a besoin dans les moments les plus propices de son cheminement, qui ferait avec lui en ne cédant jamais sur la visée de la réduction des risques.

⁸⁴ On sait ce terme difficile à traduire et, en fait, peu traduit sinon, parfois, par des termes plutôt lourds comme « capacitation ». On sait ce terme marqué dès le départ par une forte ambiguïté. A l'étranger, sur les terres mêmes où il a été forgé, aux Etats-Unis, son acception, loin de faire consensus, est au cœur des enjeux sociopolitiques et d'une âpre bataille car il est tantôt mobilisé dans une approche radicale⁸⁴ qui vise un accroissement des pouvoirs des groupes dominés et, au-delà, leur émancipation sociale, tantôt mobilisé dans une approche néolibérale qui vise à responsabiliser les individus⁸⁴ et les communautés afin de parachever le processus de désengagement de l'Etat des politiques sociales ou plutôt le processus de démantèlement de l'Etat social au travers de la réduction des budgets publics. Une approche qui a finalement pour effet de réactiver la culpabilité de ceux et de celles qui ne prendraient pas le pouvoir que les institutions voudraient leur octroyer. Et ce ne sont là que les deux pôles. On voit donc que les raisons de cet engouement sont multiples et surtout que les intérêts des acteurs qui manifestent cet engouement sont contradictoires, voire antagonistes. Il n'est pas incongru de penser que cette ambiguïté, loin d'être un frein à sa diffusion, l'accélérerait plutôt, notamment lorsque les acteurs trouvent ou croient trouver leur compte en évitant un affrontement direct avec les autres. On considère généralement que la démarche de Saul ALINSKY dans les quartiers populaires de Chicago et la théorisation qu'il en donne dans son ouvrage « Rules for Radicals » constituent une des principales sources de l'empowerment dans sa version radicale. Se reporter à sa traduction française : ALINSKY, S. 1976. *Manuel de l'animateur social*, Paris, Points Politique ou encore à ALINSKY, S. 1980. *Pour une action directe non violente*.

Professionnalisation et militantisme

Certains intervenants considèrent que leur fonction de médiation ou que la façon dont ils conçoivent l'accompagnement relève de la sphère du politique. Les mots, ici, sont importants, et notamment ceux qui servent à désigner l'autre. Ils peuvent l'assigner à une place stigmatisé et contribuer à son exclusion (« toxicomane ») ; ils peuvent le reconnaître en tant que semblable et différent (« usager de drogues » ou « personne usagère de drogues », une expression qui a le mérite de ne pas substantifier l'usage, de le transformer en attributs parmi d'autres).

La relation entre la professionnalisation et le militantisme est au cœur du débat entre intervenants de la RdR. Pour les uns, le militantisme se développerait (parfois) au détriment de la professionnalisation ; pour les autres, loin de la contrarier, voire de l'empêcher, il s'y articulerait étroitement. Ceux-là, au contraire, regrettent le recul de l'esprit militant dans la RdR, craignant pour un tel champ professionnel l'émergence et la promotion de la figure du technicien du social. Ils regrettent aussi que les professionnels ne soient aujourd'hui guère en relation avec les usagers de drogues qui appartiennent à des associations militantes, se privant, par là même, d'interlocuteurs porteurs d'un discours et de revendications qui ont été collectivement élaborés.

Quand on fait de la médiation, c'est politique dans le vrai sens du terme. Cela veut dire quelque chose d'appeler quelqu'un « usager de drogues », « toxicomane », « malade » ou « consommateur »... Or, les gens dans les CAARUD sont de moins en moins militants. Avant, tu n'avais que des militants ; maintenant, tu as aussi des techniciens.

Des fois, être un peu trop militant, ça enlève un peu de professionnalisme. On n'est plus professionnel quand il n'y a plus d'objectivité, quand la passion dépasse la limite de l'entendement, quand on fait fi de tout le reste, de la norme, des injonctions politiques...

Je suis militant et j'ai choisi ce taf-là parce que militant. Le militantisme n'empêche pas le professionnalisme. De toute façon, le boulot d'éduc est militant, qu'on travaille à l'ASE ou dans le handicap. La façon dont on va concevoir l'accompagnement des personnes, c'est militant, politique. On se retrouve avec des travailleurs qui ne se posent plus de questions alors que ça a une incidence sur la vie des gens !

Avec ASUD, on a des usagers qui sont dans des collectifs. Dans leur journal, ils ont une rubrique où ils recueillent des témoignages sur la manière dont les usagers sont accueillis dans les centres de soins. On a le détail de l'interrelation. Aujourd'hui, la parole des usagers n'est sans doute pas suffisamment prise en compte. Et il y a beaucoup de projections de la part des intervenants qui devancent les demandes.

On connaît ASUD, techno plus⁸⁵, le site psychonaute.com⁸⁶... 3 ou 4 associations ! Moi, je fais partie de

⁸⁵ Techno Plus (ou Techno+) est une association qui conduit depuis 1995 des actions de réduction des risques dans le milieu de la musique techno (free party, teknival...). Ses intervenants se rendent sur le terrain afin de mettre à la

Techno plus mais ce ne sont pas des interlocuteurs pour le travail des CAARUD parce que ce n'est pas le même public. Je n'ai pas de contact avec ASUD à part pour la distribution du journal.

Controverse sur la façon de faire vivre la RdR

Une participante fait part de son sentiment de ne plus pouvoir remplir sa mission première, de ne plus pouvoir mener à bien un travail de réduction des risques parce qu'elle est accaparée par des tâches qui relèvent de l'aide aux démarches administratives ; par exemple, de montage d'un dossier de demande de logement ou de surendettement ou encore de Couverture Maladie universelle (CMU). Elle a le sentiment de se substituer aux services sociaux communaux qui seraient dans l'incapacité de répondre à toutes les demandes de droit commun. Elle a le sentiment de revêtir tous les matins le manteau de l'assistante sociale et de ne le retirer que l'après-midi, pour devenir éducatrice et pratiquer alors la réduction des risques ; le sentiment, enfin, dans de nombreux accompagnements, de retourner à la case départ, faute de pouvoir intervenir plus fortement sur le problème essentiel de l'usage des drogues.

Le matin, on passe un temps fou à remplir des dossiers de surendettement, de logement, de CMU. Je réponds à des demandes de droit commun. Pendant ce temps-là, on ne fait pas de travail de réduction du risque. Il y a un service social à Bondy mais il est tellement surbooké. Le matin, je viens avec un manteau d'assistante sociale. L'après-midi, je le retire et je vais dans la rue, je suis éducatrice, je fais de la réduction du risque.

Au milieu de pleurs, tu annonces à la personne qu'elle est expulsée et qu'elle en est arrivée là parce qu'elle a un gros problème avec l'alcool et la galette ! 6 mois en arrière, j'avais tout fait pour son logement mais du coup, je m'étais moins investie dans son problème d'addiction. Elle a fait une cure de 8 jours et elle n'était pas sevrée. Donc, il faut que je repasse avec cette personne au tribunal pour son dossier d'expulsion. Si on avait vraiment travaillé le problème de fond de son addiction, on ne serait peut-être pas retourné à la case départ. Ce matin, j'ai téléphoné aux services sociaux pour qu'ils prennent rendez-vous en urgence avec elle mais ça ne sera pas avant le 9 août. Je fais comment ? Elle est expulsée. On est obligé d'avoir plusieurs étiquettes et ce n'est pas évident : soit on fait de la réduction du risque, soit on fait le travail de l'assistante sociale.

D'autres participants font part de leur étonnement et affirment ne pas partager une telle représentation de la RdR, ou plutôt ne pas la (faire) vivre ainsi. Ils rappellent à ce propos l'intitulé complet de la réduction des risques, celui de « réduction des risques sanitaires et sociaux ». Un tel rappel leur permet d'englober l'accompagnement des démarches administratives ou encore l'accompagnement au tribunal dans la démarche de la réduction des risques. Ne s'agit-il pas ici de réduire les risques de surendettement, de basculement

disposition des teuffers des flyers (les informant sur les risques liés à la consommation des substances psychoactives, à la sexualité, au volume sonore, au piercing...) et du matériel pour réduire ces risques (matériel propre et à usage unique de sniff et d'injection, préservatifs, éthylotests...).

⁸⁶ <http://www.psychonaut.com>

ou d'enfoncement dans la pauvreté ou encore d'expulsion du logement ? De telles démarches sont d'autant plus nécessaires que les professionnels intervenant dans les structures de droit commun sont le plus souvent dans l'incapacité de les mener à bien, moins sans doute en raison de leur surcharge de travail que parce qu'ils ne savent pas, ne peuvent pas ou encore n'ont guère envie de travailler avec des usagers de drogues dont le délabrement physique peut parfois susciter en eux un mélange de peur et de dégoût, et des attitudes de retrait. Elles sont d'autant plus nécessaires aussi que seuls les professionnels des CAARUD sont à même de prendre en compte la temporalité propre aux usagers de drogues, et notamment de traiter sur le champ un problème, sans fixer un rendez-vous à trois semaines ou à un mois. Pour eux, il ne s'agirait donc pas de limiter la réduction des risques à l'intervention visant à changer le rapport des usagers au produit et à ses modes de consommation.

La réduction du risque, ce n'est pas que sur le produit ou sur le mode d'injection, je suis aussi multi-casquettes. Des fois, une personne passe la porte en disant : « Là, je divorce, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? »

On inclut l'éducation des enfants dans la prise en charge. Je ne leur dis pas : « il faut que tu fasses comme ça ». Ils me disent : « j'ai du mal avec mon gamin qui commence à fumer, qu'est-ce fais ? » ou : « l'ASE est passée, j'ai peur qu'on me retire mon gamin parce qu'ils ont vu que je consommais ! »

L'accroche, c'est le produit, la réduction des risques liés à son usage mais la RdR, c'est beaucoup plus large que ça ! C'est la réduction des risques d'endettement quand on aide à gérer un budget. C'est aussi soutenir les parents consommateurs auprès de leurs enfants. C'est les risques du quotidien...

La notion de référent est importante. Un jour, tu l'aides à trouver sa veine et puis le lendemain, tu t'occupes de son dossier. Tout dépend du temps que tu consacres à une activité dans l'accompagnement global.

C'est intéressant pour un usager de parler d'autre chose que des veines et des prods...

Tu dois savoir s'il a des problèmes avec ses enfants pour l'orienter et connaître du réseau... Sinon c'est du triage...

Ces usagers sont non seulement précaires et marginaux mais un peu déglingués. Ils ont des stigmates physiques qui font que tu flippes, que tu n'as pas envie... Tu te dis : « pourvu qu'il se barre vite ». Du coup, ça prend un temps fou pour régler ces situations alors que le public devrait pouvoir aller dans le droit commun. On est obligé de prendre en compte l'action sociale au détriment de ce qu'on pense être le cœur du métier qui serait « l'aller-vers », la distribution de matériel, la prise de contact...

Lorsque les personnes sont en galère, il faut parfois remplir tout de suite le dossier du RSA parce qu'il faut le rendre demain...

Mais pour cette professionnelle, ce n'est pas tant l'aide aux démarches administratives en tant que telle qui pose problème que le fait d'y être trop fortement assignée. Au point de

faire, parfois, à la place de l'utilisateur et non avec lui pour qu'il puisse, *in fine*, faire tout seul. Au point d'être empêchée de (bien) faire ce qu'elle estime devoir impérativement faire du point de vue de la réduction des risques. Au point, par exemple, de ne pas pouvoir être suffisamment disponible pour écouter les personnes qui viennent chercher du matériel, et prendre le temps de les conseiller. Au point de négliger les accompagnements qui, seuls, permettent, d'accéder à des informations nouvelles sur les produits et leurs modes de consommation. Au point de ne pas avoir le temps d'échanger peut-être plus librement sur cette thématique avec les usagers et d'organiser pour eux des démonstrations dans le cadre du CAARUD.⁸⁷

Plutôt que de vouloir réduire tous les risques liés à la précarité, voire au fait même de vivre, ne s'agit-il pas, ici, de se centrer sur les risques qui ont partie liée avec la consommation des drogues, avec les substances et leurs modes d'administration (risques sanitaires) mais aussi avec le fait pour une personne d'être uniquement préoccupée par le produit et les moyens de se le procurer (risques sociaux) ? Ne faut-il pas s'y prendre ainsi si l'on veut éviter la dilution de la philosophie de la RdR ?

Un an après, sans doute parce la répartition de ses tâches est plus équilibrée, elle a le sentiment de pouvoir *faire* de la RdR tant l'après-midi dans le cadre du travail de rue que le matin dans le cadre du travail de bureau. Et le sentiment de pouvoir articuler étroitement ces deux types d'activité. Le travail de rue ne prend-t-il pas tout son sens lorsqu'il ouvre ensuite la possibilité de monter un dossier dans son bureau avec ceux qu'elle a pu rencontrer afin de leur permettre d'accéder aux droits fondamentaux ?

Ma mission au niveau du social est tellement prenante que je n'arrive pas parfois à faire de RdR sur une journée. Ce matin, j'ai fait 20 entretiens, je n'ai fait aucune RdR.

Des personnes viennent chercher du matériel de conso et tu ne peux pas te rendre disponible pour eux parce que tu es bloquée sur un dossier de surendettement. Je trouve ça lourd ! C'est pertinent de remplir un dossier, d'apprendre des informations sur la personne mais c'est plus pertinent d'aller sur la rue, de faire de la réelle réduction du risque, d'avoir un échange autour d'une canette. J'arrive à avoir plus d'infos.

On a pris l'habitude de faire toute la paperasse pour les usagers et maintenant on en est réduit à ça... je ne suis pas une secrétaire ! On me dépose les dossiers d'APL, de CMU et c'est : « je repasse jeudi, tu me prépares mes photocopies, tu remplis tout parce que je ne comprends pas ! » Du coup, je ne fais plus de RdR. Moi, je préfère

⁸⁷ Dans sa recherche sur les CAARUD de Paris, Thamilla AIT ALI met en avant les difficultés rencontrées par les professionnels pour pouvoir mener de pair l'exercice de la fonction de l'accueil collectif et celle de l'accompagnement. Elle soulignait que ses difficultés ne résidaient pas dans le fait que ces fonctions présenteraient une incompatibilité totale entre elles mais dans le fait que « l'investissement que nécessitent l'une et l'autre (...) ainsi que la conception qui permet d'assoir ces fonctions sont d'une importance telle que l'une est souvent faite au détriment de l'autre... (Souligné par nous...). Dans le cas cité par l'auteure, c'est plutôt l'accueil collectif qui prend le pas sur l'accompagnement. AIT ALI, T. 2013. Op.cit. p.64.

que tu me demandes une serviette, un gant de toilette. On va jusqu'à la machine à laver, on discute ensemble, je trie le linge avec toi. Je fais du social, il n'y a pas de problème... J'ai passé mon diplôme d'éducatrice pour ça mais de là à faire à la place des autres ! Je veux bien faire pour toi, pour qu'on puisse faire ensemble, pour que tu puisses finir par faire tout seul. Cela s'appelle « La relation d'aide en trois temps ».

Quand je les accompagne quelque part, on parle produit. On arrive à avoir pas mal d'infos qu'on n'arriverait jamais à avoir au CAARUD. Après, quand on retourne au CAARUD, on peut faire des démos....

Ça me fait peur d'entendre la RdR mise à toutes les sauces... Les gens se foutent dans la panade parce que le plus important pour eux, c'est de trouver un prod. Moi, je bosse sur ça ! Sinon, tout est risque et expliquer à un gamin de regarder à droite et à gauche avant de traverser la route, c'est de la réduction des risques. Le mot n'a plus de sens, le concept n'a plus de sens et il n'y a plus de philosophie derrière.

François est mort d'une crise cardiaque. Ça faisait 3 semaines qu'il nous prenait la tête avec son dossier de retraite. Si on avait pris le temps de lui demander : « t'en es où dans ta conso ? », il aurait peut-être pu arrêter de boire. Il y a trop de social dans la structure et on perd de vue notre mission de RdR. On en arrive à des décès qu'on aurait peut-être pu éviter ! Je trouve ça alarmant et révoltant... Moi, je le voyais sur la rue tous les jours. Il me disait : « faut que j'arrête, ma femme gueule » ; « va doucement mais si tu veux arrêter, on prend rendez-vous, on fait une petite cure... » mais non, il n'y avait que le dossier retraite et on est passé à côté !

Je ne le vivais pas pareil. C'était mes premiers mois dans la structure. Là, après un an de boîte, j'ai mis en lien le droit commun que je fais essentiellement le matin avec ce que je fais en rue l'après-midi.

Dispositifs, outils et méthodes RdR

Que les usagers puissent consommer des produits sans trop abîmer leur santé, il y a là un objectif prioritaire de la politique de réduction des risques. Dans le cadre dispositif SINTES⁸⁸, les professionnels peuvent être agréés comme récolteurs et autorisés à acheter des produits dans la rue afin de permettre l'analyse de leur composition en laboratoire. Ils peuvent aussi relayer les alertes sanitaires de la préfecture ou de la Direction générale de la santé (DGS) concernant tel ou tel produit dont les effets sont particulièrement dangereux pour la santé, voire peuvent être mortels, souvent parce que trop purs ou encore trop coupés.⁸⁹ Les usagers de drogue peuvent aussi être des

⁸⁸ SINTES (Système National d'Identification des Toxiques et Substances) fait partie du système TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) de l'OFDT. Il s'agit d'une banque de données consacrée aux drogues synthétiques. Elle contient des informations sur ces produits (forme, composition, dosage), sur les usagers et les contextes d'usage. Les échantillons (comprimés, poudres, gélules, buvards, liquides...) proviennent de saisies réalisées par les services répressifs ou de collectes organisées par des acteurs de prévention ou de soins auprès d'usagers de drogues appartenant à différents milieux (rue, concerts, bars, milieu festif...). Ils sont analysés par les laboratoires de la police, des douanes ou par l'un des 3 laboratoires de toxicologie des hôpitaux partenaires du dispositif.

⁸⁹ Ainsi, la préfecture de Seine-Saint-Denis a lancé le 19 mai 2013 une alerte sanitaire après l'arrestation d'un homme porteur d'un paquet d'héroïne fortement dosée à L'Île-Saint-Denis. Le laboratoire qui a rendu ses analyses a montré que la drogue contenait 43,7% d'héroïne pure (alors que la concentration se situe habituellement entre 10 et 15% d'héroïne pure). L'injection d'une dose peut être mortelle. www.drogues-info-service.f

personnes ressources. Parce qu'ils ont confiance en eux, ils les informent régulièrement de la teneur des drogues en circulation sur un territoire donné et, plus occasionnellement, leur signalent un problème de santé provoqué par tel ou tel produit afin que ce dernier puisse être testé. Dans tous les cas, les professionnels diffusent le plus rapidement possible l'information auprès de tous leurs partenaires de différentes façons, par téléphone, par mails, par affichage dans les locaux du CAARUD et bien sûr par voie orale...

Une personne ressource nous disait : « Voilà, sur Montreuil, c'est tel produit et de telle qualité ! » Nous, on fait le test. Des gens nous disent : « Attention il y a un produit très fort à tel endroit ! »

Des gens disent : « J'ai tel produit. Est-ce que tu peux le tester ? » On arrive à le savoir parfois dans la semaine. C'est important de savoir ce qui se passe sur le terrain.

Les professionnels interviennent aussi actuellement autour des seringues. Ils présentent notamment aux usagers de drogues qui injectent le subutex ou le skenan le stérifiltre, un nouvel outil RdR, en mettant en avant tant ses avantages techniques que ses bénéfices sanitaires. Ils n'hésitent pas à répéter plusieurs fois la démonstration à la même personne, misant sur le fait que cette dernière transmettra à d'autres le savoir-faire qu'elle aura alors acquis. Parce qu'ils constatent que des usagers de drogues, autrefois réticents, sont aujourd'hui demandeurs de démonstrations, les professionnels ont le sentiment d'avoir beaucoup avancé.

Les gens viennent nous voir : « Fais-moi une démo avec le stérifiltre ». On commence à gagner puisqu'au départ ils ne voulaient rien entendre : « non, le stérifiltre, je n'ai pas le temps, ça ne m'intéresse pas ! » Il faut parfois renouveler les démos 15 fois mais ce n'est pas grave ! Car la personne à qui on a fait cette démo la montre à une autre On distribue beaucoup plus de stérifiltres !

Autre exemple : La Direction générale de la santé (DGS) a lancé récemment une alerte sanitaire avec un produit dénommé "cristalline", un mélange de cocaïne associée à de fortes doses d'atropine. En France, 6 personnes ayant consommé cette drogue ont développé des troubles psychiques, les cas ayant été observés récemment dans le Pas-de-Calais, un à Lens et 5 à Béthune, précise l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), dans un communiqué. Des cas d'intoxications similaires ont été récemment signalés aux Pays-Bas, en Italie et en Belgique. L'atropine est une molécule utilisée en médecine pour certaines affections cardiaques et comme antidote de certaines intoxications. A fortes doses, elle peut provoquer une accélération du rythme cardiaque, une confusion mentale et des hallucinations voire un coma avec dépression respiratoire, note l'OFDT. Les échantillons de produits analysés en France et aux Pays-Bas contiennent environ un tiers d'atropine, soit, pour un "rail" de 450 mg, une dose 50 fois supérieure à la dose thérapeutique par voie orale, même si le taux de résorption au niveau de la muqueuse nasale n'est pas connu. <http://sante-guerir.notrefamille.com>

Constituée au sein de l'équipe de Gaïa, une équipe mobile intervient avec un FibroScan afin de dépister une fibrose hépatique et de pouvoir, ensuite, adapter la prise en charge du patient en fonction de la gravité de celle-ci. Cette démarche est intéressante à plusieurs titres. Tout d'abord, parce qu'elle relève de la proximité. L'équipe se rend en effet dans tous les CAARUD et, parfois, travaille avec les intervenants de rue. Elle permet donc d'aller au plus près des usagers et notamment auprès de ceux qui ne se déplacent jamais jusqu'aux centres de soins pour faire des examens. Ensuite, parce qu'elle repose sur une technique simple, rapide et, donc, bien acceptée par les usagers ; l'échographie permettant d'obtenir un résultat en moins de cinq minutes. Enfin, parce qu'elle constitue enfin une première expérience intéressante de mutualisation d'un service pour l'ensemble des CAARUD et des CSAPA de la Région Île- de-France.

L'appareil envoie une sonde. Plus ton foie est souple, plus il est en forme ; plus il est dur, moins il est en forme.

L'expérimentation est financée par l'ARS depuis deux ans. Les personnes n'allaient pas faire les examens dans les centres. Avec cet appareil mobile, ça permet d'aller au plus près des usagers... C'est une méthode non invasive qui permet de dépister de façon systématique l'hépatite.

Ils se sont même déplacés avec nous en travail de rue.

Le résultat se fait tout de suite, il te donne un chiffre. La personne est formée à la lecture des résultats, tu sais à peu près si le foie est souple, en bon état ou s'il y a des examens complémentaires à faire parce que l'élasticité est plutôt rigide et un début de cirrhose...

C'est pas forcément une hépatite. C'est le foie stéatosé...

Il y a un petit descriptif parce que le chiffre en lui-même ne veut pratiquement rien dire. Si tu t'es tapé une cuite la veille, tu auras un chiffre qui sera pas du tout le même...

Nous pouvons enfin évoquer, parmi les projets actuels, la mise en place d'un lieu d'éducation à l'injection. Expérimenté à l'initiative de Médecin du Monde (MdM) sur le Nord de Paris, le dispositif ERLI⁹⁰ se situe entre le programme d'échange des seringues (PES) et les (futurs ?) salles de consommation à moindre risques. Des professionnels, dans le cadre d'une unité mobile, accueillent l'utilisateur de drogues afin de lui apprendre les gestes techniques qui permettent une injection à moindre risques. Dans un premier temps, ces professionnels se contentent d'observer la façon dont il réalise son injection. Dans un second temps, ils lui font retour de ce qu'ils ont observé et lui apportent des conseils précis afin qu'il puisse rectifier son mode opératoire. Les professionnels des CAARUD

⁹⁰ ERLI : Education aux risques liés à l'injection.

peuvent venir se joindre à l'équipe de l'unité mobile afin de se former à cette méthode avant de pouvoir, à leur tour, commencer à former les usagers.

On va d'abord se former à l'injection avant de pouvoir mettre en place un lieu d'éducation à l'injection. On va essayer de se faire financer pour qu'une personne soit dans un premier temps formée par ERLI. Après, si on peut l'être tous les quatre, ce sera parfait !

La formation professionnelle et ses manques

Nous pointerons ici les déficits de formation initiale et continue qui caractérisent ce champ professionnel et nous rendrons compte de leurs effets négatifs sur le travail des équipes, notamment en raison de l'existence d'un fort turnover qui contrarie la professionnalisation. Nous essaierons aussi de dégager ce qui est au principe de la persévérance de certains professionnels.

Nous nuancerons cependant le propos en montrant que des initiatives originales sont prises, ici ou là, afin de favoriser les processus de professionnalisation. Cela fut tout particulièrement le cas avec la mise en place d'un groupe interqualifiant sur les questions du VIH, du VHC, de l'héroïne, du crack...

Une formation initiale insuffisante

Les professionnels jugent que l'offre de formation initiale sur les questions relatives à la précarité, à l'usage des drogues et à la réduction des risques n'est pas à la hauteur des besoins du terrain. Celle-ci est quasiment inexistante dans les Instituts de formation en travail social. Le thème de la précarité est en général peu abordé et celui de la toxicomanie pas du tout sinon lors de « semaines thématiques » en tant qu'option. Souvent, de surcroît, uniquement sous l'angle de la loi de 1970 qui rabat la figure de l'usager de drogues sur celle du délinquant ou du malade et traite l'usage en motif d'information préoccupante. Le fait qu'une participante ait pu bénéficier de quelques cours sur la dépendance, sur les différents produits psychoactifs et les pratiques addictives, qu'elle ait pu être sensibilisée à la démarche de la réduction des risques lors d'un stage réalisé dans le cadre d'une association de quartier, étonne plutôt ses pairs, en tout cas suscite nombre de questions chez eux.

La formation initiale, c'est les gamins et les personnes en situation de handicap. Il n'y a pas de formation spécifique pour travailler avec des personnes adultes qui n'auraient plus besoin « d'éducation ».

Les thèmes de la drogue et de la sexualité sont des sujets tabous qu'on n'aborde que dans des semaines thématiques et plutôt sous l'angle du soin.

Moi, j'ai fait mes études en Belgique, on ne parlait pas de rdr, j'ai entendu ça quand je suis rentré en France...

Le problème de la dépendance a été abordé à Poitiers dans ma formation d'éduc spé. Je suis diplômée depuis 2000. J'ai fait mon stage long en prévention spécialisée sur un quartier avec toutes les problématiques toxicomanie. L'association s'appelait Carpe diem. Elle avait aussi un SAMU social. On allait à la rencontre dans les squats et on travaillait en binôme avec des personnes qui distribuaient du matériel propre à titre bénévole puisque ce n'était pas encore développé sur La Rochelle. Une infirmière soignait les abcès. On était sur les deux volets : toxicomanie et réduction des risques. Après, je suis intervenue dans un CSST. Là, on ne parle pas de RdR par définition. Bien sûr, tous ceux qui viennent en CSST ne sont plus des consommateurs, on le sait tous ! Au CAARUD, j'en apprends un peu plus chaque jour, mais j'avais été sensibilisée.

Nous, on n'a pas ça sur la région parisienne !

Dans les écoles d'éduc, il n'y a rien sur la RDR sauf dans certains lieux comme à Aubervilliers... et c'est pareil pour les écoles d'infirmières !

Il y a une marginalisation de la RdR. Cette pratique ne serait pas assez noble pour être présentée à l'IRTS !

J'ai tout à apprendre sur les produits, les combinaisons, la manière dont on se les procure. Les usagers ont deux longueurs d'avance, d'où l'intérêt d'être à leur écoute...

La situation qui résulte de ce déficit de formation est ici jugée problématique car nombre de professionnels ne sont pas suffisamment armés pour relever les défis que leur pose au quotidien leur pratique. En l'absence d'un savoir et d'une expérience sur les postures à mettre en œuvre, comment, par exemple, peut-on pénétrer dans un univers dominé par la violence propre à ces réseaux de trafic de drogue sans prendre trop de risques ? Ce déficit de formation est d'autant plus problématique que le travail se déploie dans un champ professionnel traversé par de nombreuses positions qu'il n'est pas toujours facile de comprendre et structuré par des enjeux de pouvoir qu'il n'est pas toujours facile de cerner.

Un courant est plutôt rattaché à l'addictologie, tourné vers les soins et l'abstinence et un autre plutôt centré sur la philosophie du libre choix de chacun. Dans le premier, on dira : « On fait des démarches pour toi sur l'hébergement mais est-ce que tu as pensé au soin ? » Moi, je ne maîtrise pas forcément tout ça ! Il y a la Fédération française d'addictologie (FFA⁹¹), la Fédération addiction (FA), l'Association française de réduction des risques (AFR), MDM et au sein de chaque structure, des personnalités qui portent quelque chose qui va trouver des échos... et il y a des luttes de pouvoir !

Il n'y a pas de message clair et ça brouille les contenus. C'est une richesse mais aussi un manque. Le fait qu'il y ait presque autant de points de vue que d'acteurs ne contribue pas à construire des parcours de formation solides.

Ce que nous venons d'énoncer sur la formation des professionnels de première ligne vaut aussi très largement pour la formation des responsables d'établissement et de

⁹¹ La Fédération Française d'Addictologie (FFA) réunit la plupart des associations professionnelles intervenant sur les addictions (alcoologie, tabacologie, interventions en toxicomanie). Elle est principalement axée sur la recherche et la formation. Elle ne doit pas être confondue avec la Fédération Addiction (FA).

service. Les participants regrettent ici que les contenus du Certificat d'aptitude aux fonctions de Directeur d'Etablissement social ou de service d'intervention sociale (CAFDES) soient trop fortement axés sur la gestion et le management et insuffisamment sur la problématique de la réduction des risques.

Comment on va alors faire évoluer la RdR avec des gestionnaires ? A force de rajouter des couches et des exigences, on va tout tuer !

Des dispositions et des aspirations inappropriées

Les personnes qui sortent de la formation initiale n'ont en général guère de connaissances et d'expérience concernant le champ de la réduction des risques sanitaires et sociaux. Mais le problème, ici, ne se pose pas seulement en termes de compétences et de connaissances mais aussi de dispositions, d'aspirations et de valeurs.

Certaines personnes, lorsqu'elles sortent de la formation initiale, occupent leur premier poste de travail dans la RdR ou ailleurs. Cela n'a que peu d'importance car elles vivent cette situation professionnelle sur le mode du provisoire, et leur travail lui-même comme un simple moyen de gagner leur vie en attendant de trouver un poste qui corresponde mieux à leurs aspirations.

Ce qui est exigé d'elles dès leur prise de fonction dans le champ de la RdR va souvent alors à l'encontre de ce qui leur a été enseigné dans leur cursus de formation. Ainsi leur demande-t-on un positionnement quelque peu militant qui consiste à aller au plus près de l'utilisateur alors que la représentation dominante dans le monde de la formation identifie volontiers le professionnel à un technicien qui sait maintenir la bonne distance. Ce qu'elles vivent contredit ce qu'elles attendent. Ainsi se retrouvent-elles confrontées à un travail difficile et perturbant exigeant une négociation permanente de la limite dans un cadre fluctuant alors qu'elles aspiraient, non peut-être sans quelque légitimité après trois ou quatre ans de formation, à une stabilisation de leur situation et à un travail exercé dans un cadre rassurant, sinon confortable, en lien avec des « publics » plus normés.

Les écoles d'éducs, c'est très généraliste. On ne peut pas être bon et à l'aise avec tous les publics. Parfois, des gens qui arrivent dans le domaine de la toxicomanie sont plus à l'aise avec des jeunes placés par l'ASE.

On recrute des personnes qui sortent de l'école, sans expérience dans le champ de la RdR et qui n'ont pas forcément réfléchi à celle-ci. Il y a quelque chose de l'ordre du choc des cultures. Ils partent souvent du principe qu'ils ne vont pas rester, ils ont le diplôme en juin et il faut bien avoir de l'argent !

La RdR, c'est aller jusqu'à la limite avec un public un peu borderline dans un cadre ultra fluctuant, s'adapter et réfléchir tout le temps, avec de la mise en danger institutionnelle et professionnelle. Lorsqu'on sort de formation, on recherche souvent quelque chose de rassurant, de confortable, un cadre et des horaires stricts, un public plus normé...

Le nouveaux diplôme d'éduc, c'est des diplômés de technicien : sait faire/sait pas faire... sait garder la juste distance... de quoi tu me parles là ?

Plein de gens disent : « je fais 3 ans d'éduc et au bout de 4 ans, je serai tranquille ! » Le travail social devient administratif, avec des gens qui n'ont pas forcément la fibre sociale.

Précarité, addictions et psychiatrie, il n'y a pas beaucoup d'amateurs. Et on ne retrouve quasiment plus le côté militant.

D'autres personnes seraient surtout animées par le désir de voir ce qui se passe dans le champ de l'usage des drogues, par un désir quelque peu teinté de voyeurisme. Elles seraient sous le charme, fascinées par un tel univers interlope où l'obscur semble le disputer au danger.

Pour certains, il y a un côté un peu voyeur. C'est l'univers un peu obscur. On côtoie des produits, des délinquants, le danger. Des gens sont vraiment fascinés.

D'autres encore ont construit un projet de vie professionnelle dans le champ du travail social mais prennent assez rapidement conscience qu'elles n'adhèrent pas aux idées et aux valeurs de la RdR, et notamment à celles relatives au non-jugement. Chemin faisant, elles sont conduites à mesurer l'écart qui sépare leur rapport au monde de celui qui est exigé dans ce champ professionnel.

Quand on entre, on adhère au discours sur le non-jugement puis il y a l'épreuve de la pratique. Certains s'aperçoivent que ce n'est pas tout à fait leur rapport au monde. Le discours de la proximité, du rapport à la norme n'est pas celui qu'on entend dans les formations AS ou éduc.

On peut enfin évoquer la dureté de cet univers de travail ou encore les faibles possibilités de progression, d'évolution, de qualification et de promotion qu'il peut offrir aux personnes qui s'y engagent.

Beaucoup de gens se retrouvent là un peu par hasard et partent parce qu'ils trouvent ça trop dur.

Une formation continue insuffisante

Si la formation initiale ne prépare pas ou peu les personnes à travailler dans les CAARUD, la formation continue ne semble guère en mesure de « combler tous les manques » faute de parvenir à dégager le temps et parfois l'argent nécessaires à l'engagement dans les stages organisés par les deux grandes fédérations.⁹² Reste alors la formation « sur le tas » mais celle-ci semble contrariée, sinon barrée par l'existence d'un turnover élevé. On peut prendre l'exemple d'un CAARUD où le salarié le plus formé n'a que deux ans d'expérience. Si ce dernier peut mettre son expérience au service des nouveaux entrants, il éprouve, par contre, le sentiment pénible de stagner, d'être bloqué dans son évolution professionnelle. Remarquons, enfin, que les membres des jurys eux-mêmes ne sont pas toujours formés à la démarche de réduction des risques dans le champ de la toxicomanie, voire ignorent l'existence même des CAARUD dans le champ médico-social.

On se dit : « si je veux évoluer, je dois aller dans une boîte qui me donne plus de possibilités ! »

Moi, j'ai 2 ans d'expérience en RdR et je suis le plus ancien, celui qui a le plus d'expérience. C'est super pour l'ego ! Je forme les gens mais moi, je ne me forme pas !

Un fort turnover

On observe généralement un turnover très important au sein des CAARUD. Il semble que celui-ci s'alimente dans quatre sources. On peut ici évoquer le fait que :

- certains nouveaux entrants n'adhèrent pas (ou pas suffisamment) aux valeurs de la RdR ou alors aient du mal à ordonner leur pratique professionnelle autour de celles-ci,
- certains professionnels sont en désaccord sur la manière de faire vivre la réduction des risques avec leur Direction,

⁹² Les deux grandes fédérations (AFR et FA) proposent nombre de formations sur la RdR, l'usage-vente, la connaissance des produits, l'analyse des produits en tant qu'outil, l'intervention en milieu festif, les parcours des usagers, les pratiques de TSO, ERLI... Notons aussi que l'OPCA de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale UNIFAF leur a récemment proposé pour leurs salariés affiliés à la convention de 1966 un projet d'actions visant à soutenir les politiques de formation dans le champ de la réduction des risques. Ce projet a démarré en 2012 dans quatre régions pilotes.

- certains professionnels sont assez vite confrontés à un burnout (sentiment d'épuisement). C'est tout particulièrement le cas lorsqu'ils ne parviennent pas à faire le deuil du métier d'éducateur tel qu'il a été enseigné dans l'institut de formation et tel qu'il a pu être exercé antérieurement par eux-mêmes dans d'autres secteurs du travail social ; un métier qui permet d'être référent pour un usager et de l'accompagner sur la durée en obtenant de temps en temps quelques résultats positifs qui redonnent suffisamment de forces pour pouvoir continuer à travailler et affronter les multiples déceptions de l'agir. C'est tout particulièrement le cas lorsqu'ils ne peuvent plus accepter d'être seulement là pour maintenir vaillamment la personne qui leur fait face en lui apportant une aide ponctuelle (en lui permettant, par exemple, de boire un café chaud, de prendre une douche, de soigner ses abcès, d'être domicilié...) et si souvent impuissants face à la dégradation physique et mentale de sa santé. C'est tout particulièrement le cas, enfin, lorsqu'ils ne peuvent plus accepter d'être assignés par lui à la place de la « troisième roue du carrosse », bien après, parfois, le produit et le matériel qui permet sa consommation,
- certains CAARUD ne reconnaissent pas, dans leur politique d'embauche, l'ancienneté et, par voie de conséquence, favorisent l'entrée de jeunes diplômés pour qui l'emploi en RdR a plus une valeur instrumentale (il leur permet de gagner leur vie) qu'une valeur expressive (il correspond à leurs valeurs et leur permet d'investir leur désir). Ceux-là partent dès qu'ils trouvent un emploi plus conforme à leurs attentes.

Quand les personnes arrivent, elles vont soit adhérer à l'idéologie dominante de la RdR, soit partir.

Il y a aussi des questions de reconnaissance, et des questions plus matérielles, de salaires...

Pour certains, c'est difficile de travailler avec des personnes qui n'ont pas forcément renoncé à l'usage de produits.

Le turnover, c'est parfois des gens qui ont une façon de voir qui ne correspond pas à celle de la direction...

Tu as fait le tour du domaine au bout d'un moment. C'est le charme de notre métier de pouvoir aller voir ailleurs.

Ils ne savent pas du tout dans quoi ils arrivent et en général ils ne restent pas longtemps ! Ce n'est pas un travail facile et c'est un petit milieu.

Il y a les situations qui n'évoluent pas, la perte de confiance et de croyance. Dans l'intimité de chacun, ça use... Quel est notre rôle ? Tu fais éducateur pour voir la personne évoluer et là, tu la maintiens. Les gens sont super

touchés. Tu n'arriveras pas au « Graal » et il faut faire avec cette impuissance, pouvoir jouer avec... On va accompagner la personne comme on peut. Si elle est dans le produit depuis 25 ou 30 ans, tu vas l'aider à soigner ses abcès. Il ne faut pas mettre la barre trop haut... Une personne va être dans la demande. Elle va venir souvent et puis, du jour au lendemain, tu ne la vois plus ! Et si elle vient, ce n'est pas pour voir son éducateur, c'est pour aller pécho et prendre du matériel ! Il faut gagner ta place, être solide sur tes appuis parce que pour elle, tu es la troisième roue du carrosse, tu passes après le produit et le matériel. C'est une posture éducative difficile à tenir car il faut faire le deuil de : « tiens, je vais l'aider » et tu as d'autant plus de mal à faire le deuil que tu penses que tu as une mission. Je ne suis pas éducateur, je suis là, disponible... Si je peux l'aider à prendre une douche, à être domicilié... Si on se voit éducateur, on peut vite être frustré ! C'est peut-être difficile de l'incorporer. Juste après le premier accueil, on fait un document individuel de prise en charge, un contrat d'accompagnement mais ça rime à quoi ? Elle coche toutes les cases et puis tu ne la vois plus. Elle revient 6 mois après et elle ne se souvient plus de ton prénom... On fait des contrats de séjour parce qu'on est médico-social. Plus on sera dans la professionnalisation, plus les gens se voudront éducateurs... alors que ça n'a rien à voir avec le travail avec les personnes handicapées. J'ai été référent pendant 6 mois. Ici, c'est plutôt un peu de café et de chaleur... La formation ne nous prépare pas à certaines versions du métier ! (souligné par nous)

Il n'y a pas de reconnaissance de l'ancienneté de la pratique, les recrutements se font à la sortie du diplôme. Les gens viennent en attendant de trouver le poste qu'ils souhaitent.

Ceux qui persévèrent

Qui sont alors les personnes qui persévèrent dans un tel champ professionnel ? Quels sont, au-delà de leurs parcours personnels et singuliers, leurs traits communs ? Elles sont, semble-t-il, plus que d'autres, disposées à remettre en cause ce qui faisait norme lors de leur formation initiale, à briser certains interdits afin d'être au plus près des usagers de drogues, et dans la compréhension de ce qui constitue la vie de ces derniers. Peut-être sont-elles aussi plus que d'autres tentées par un agir professionnel plus engagé, voire militant.

Dans leurs récits, certains intervenants évoquent le rôle révélateur d'un stage réalisé dans le cadre de la formation initiale. Révélateur et, ce faisant, déclencheur.

L'un d'entre eux a découvert la RdR lors d'un « stage long » réalisé au CAARUD « Sida Paroles » de Colombes dans les Hauts-de-Seine. Il utilise ici le terme « illumination » à résonance quelque peu rimbaldienne et tient à souligner que la volonté de persévérer dans un tel champ avait réanimé chez lui un désir formatif qui s'était auparavant éteint.

Un autre intervenant a découvert celle-ci lors d'une visite au « 110 Les Halles »⁹³, notamment en prenant connaissance du contenu d'un message relatif à la façon dont on

⁹³ Le centre 110 Les Halles intervient dans le champ des addictions. Il propose un accueil et une prise en charge médico-psycho-sociale à des personnes consommatrices de substances psycho actives (illicites ou licites : tabac, alcool, médicaments détournés), hommes ou femmes majeurs, en situation de précarité. Il est un des trois sites du CSAPA 75. Il fait partie de Prévention et Soins des addictions (PSA), groupe SOS.

pouvait pulvériser un médicament pour réaliser une injection propre, non génératrice d'abcès. On le voit, « Et la lumière fut » pour lui aussi. C'est l'envie d'en savoir plus, d'aller au-delà de cette pratique-là pour comprendre les principes même de la philosophie de la RdR qui l'a conduit à réaliser un stage organisé par des professionnels expérimentés puis à saisir l'opportunité d'un emploi. Mais d'autres raisons sont encore au principe de son engagement dans la RdR, comme le désir de défendre une cause, de faire valoir les droits des usagers de drogue quel que soit leur usage, de leur permettre de vivre mieux sans les contraindre à arrêter leur consommation ou encore l'intérêt pour une interrogation sur le rapport à la loi et à la norme. L'enjeu n'est autre pour lui que de permettre aux usagers de faire valoir leurs droits grâce à l'information qu'il est à même de leur fournir. D'autres participants évoquent, au-delà du stage-découverte, les bonnes rencontres qu'ils ont pu faire dans leur parcours.

Les personnes qui restent en RdR ont trouvé ce qu'elles n'ont pas trouvé dans leur parcours de formation. Ce travail oblige à mettre en cause les normes parce que le public est dans cette logique de casser, de briser toute une série d'interdits. Si l'on veut être proche de ce qu'ils font et vivent, il faut s'adapter, plonger là-dedans, avoir un esprit d'engagement, plus militant. Cela ne s'apprend pas dans les parcours classiques qui restent très normés. Dans la RdR, on chamboule tout ça ! Tout en restant dans l'éducatif, le soin, on fait un gros détour ! Ce cheminement mental oblige à ouvrir une réflexion philosophique sur la RdR et le positionnement de proximité.

J'ai eu un parcours de formation chaotique. J'ai fait mon stage long au CAARUD de « Sida paroles » et ça a été tout simplement l'illumination ! Ce champ me plaisait et me renvoyait des choses importantes sur lesquelles je voulais travailler. Ça m'a remotivé et permis de voir ce qu'étaient la distance éducative, la remise en question du cadre et du professionnel. J'ai eu envie de continuer dans cette branche-là !

J'ai découvert le champ de la RdR en faisant une visite au « 110 les halles ». J'avais vu un message de prévention RdR sur la façon de pulvériser un médicament pour pouvoir se l'injecter proprement. Cela m'avait interpellé. J'ai pu ensuite faire un stage. J'ai rencontré différents professionnels qui te laissent la parole. J'avais vraiment envie de continuer à travailler mon sujet de mémoire. Quand j'ai eu l'opportunité d'avoir un poste d'AS au Yucca puis à PROSES, j'ai sauté sur l'occasion. Il y a une cause à défendre et puis on n'est pas toujours du côté de la loi. Ce qui m'intéresse, c'est cette question du rapport à la norme. Comment permettre aux usagers de vivre mieux avec leurs limites ?

C'est une cause toujours pas gagnée. Des gars tombent encore pour usage. Des usagers sont en galère. Et c'est moins la question de l'usage qui pose souci que la question sociale de l'hébergement, des ressources, des papiers. Ce qui m'intéresse, c'est d'informer les gens pour qu'ils puissent faire valoir leurs droits.

Il y a eu des bonnes rencontres, des gens avec lesquels je travaille encore aujourd'hui.

Démarches visant la professionnalisation du champ

Ici ou là, dans les instituts de formation en travail social mais aussi en soins infirmiers,

des formations se mettent en place sur les CAARUD et la RdR. Par petites touches, en introduisant quelques interventions et avec de fortes différences en termes de contenus selon les intervenants. Certains participants à la démarche s'inscrivent dans ce mouvement et tentent notamment, au-delà d'un simple apport de connaissances, d'agir sur les représentations des élèves afin que ces dernières puissent ensuite étayer, dynamiser une pratique de RdR.

J'aborde toutes les thématiques addictions et CAARUD avec les AS. Je les prends en première année, avant qu'elles partent sur le premier stage. Elles sont encore dans : « si on a un usager de drogues, il ne faut rien sur le bureau parce qu'il est violent ! » Je les revois en troisième année et ça avance. Et en formation continue, aussi.

En formation d'éduc, à l'ETSUP⁹⁴, ils essaient de faire une présentation du CAARUD et de la RdR. Les intervenants informent surtout sur la façon de monter un dossier pour un CAARUD mais il y a une volonté d'amener le sujet. A l'INFA⁹⁵, aussi... Dans quelques endroits, ils mettent en place des formations sur la RdR.

Dans les différents instituts de formation d'AS ou infirmiers, il n'y a une formation pure et dure sur la RdR mais des petits modules pour sensibiliser...

La démarche d'un collectif de réflexion, il y a quelques années, permettait de mettre en place un processus d'interqualification⁹⁶ sur les questions du VIH, du VHC, de l'héroïne, du crack... un lieu d'information mais aussi de formation, parfois d'échange autour d'un cas précis. Un lieu où l'éventail des partenaires était large. Pouvaient y participer tous ceux qui étaient concernés de près ou de loin par ces problèmes. Un lieu que l'on pourrait qualifier de transitionnel⁹⁷ parce que ces réunions de travail n'étaient pas interinstitutionnelles, marquées par les rapports hiérarchiques mais, en même temps, se déroulaient dans un local mis à disposition par le Conseil Général. Un lieu qui permettait des confrontations croisées sur les différentes manières de faire pour s'acquitter d'une tâche.

Ces confrontations étaient d'autant plus utiles et précieuses que ces tâches étaient difficiles, ardues pour ceux qui devaient les accomplir. Elaboration de la souffrance et construction des savoirs allaient de pair. La dispersion de ces principaux animateurs et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer pour passer le relais ont été à l'origine de l'arrêt d'une

⁹⁴ ETSUP : Ecole supérieure de travail social.

⁹⁵ INFA : Institut National de Formation et d'Application.

⁹⁶ Sur la notion de groupe interqualifiant, se reporter à ROCHE, P. 2013. « Prévenir l'implication des jeunes dans le trafic des drogues. L'intérêt des espaces interqualifiants, *Bref*, n°306 ; ROCHE, P. 2013. « Espaces interqualifiants et prévention de l'implication des jeunes dans le trafic de drogues », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°15, Érès, pp. 207-224.

⁹⁷ WINNICOTT, D. 2010. *Les objets transitionnels*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot".

telle activité de réflexion et d'échange sur les pratiques professionnelles.

On ne connaissait pas grand-chose sur les modes de traitement, les publics. Il fallait se former ensemble. Avec des intervenants de la Contremarque⁹⁸, on avait toutes les 6 à 7 semaines des réunions. Il n'y avait pas de hiérarchie mais des gens de domaines complètement différents. Il y a eu la CPAM, la DDASS, toutes les associations qui touchaient de près ou de loin le VIH ou le VHC et chacun venait puiser ce dont il avait besoin. Il faut savoir être humble et s'enrichir de l'autre. En plus, le Conseil général nous prêtait ses locaux. Je trouvais ça extraordinaire et ça me manque beaucoup. C'était aussi pouvoir dire à l'autre : « c'est un peu dur et toi, tu fais comment ? » Ça s'est arrêté... Moi, j'ai quitté Aides ; l'autre intervenant est parti et a travaillé sur les violences faites aux femmes ; D. est parti en province... Notre faille, c'est de ne pas avoir trouvé la relève.

On a fait avancer les choses dans ce département où on a été assez pionnier. Les PES ont été montés assez facilement. On a eu des portes ouvertes pour l'accès aux soins parce qu'on avait travaillé ensemble.

Si l'on veut alors que chaque intervenant puisse s'approprier de façon critique les connaissances dont il a besoin pour sa pratique et se professionnaliser davantage, il faut donc renouer avec ce type de lieu de rencontre et d'échange autour des pratiques, sur un lieu qui ne soit ni trop informel, ni trop institutionnalisé. Certains professionnels tentent actuellement de lever les résistances et de construire un tel lieu, avec le souci de « regrouper les compétences » et non de « superposer toujours plus de couches sur les usagers ».

Il faut des gens de terrain qui se rencontrent, en confiance, qui forment les plus jeunes. Un éducateur d'un centre d'addictologie a envie de faire ça. Il a commencé. On échange autour de situations concrètes. Un usager peut nous parler de son expérience, par exemple, dans un centre de cure.

Moi, je viens d'Aides où il y avait un travail avec les pairs. Là, on a essayé de mettre en place une rencontre pas trop institutionnalisée d'éducateurs de CAARUD. Mais il y a vraiment des résistances.

⁹⁸ (La) Contremarque (Seine-Saint-Denis) est une association intervenant dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Elle s'est engagée, depuis sa création en 1993, dans le champ de la prévention primaire, de l'aide, de l'accompagnement et du soutien psychosocial et dans celui de l'insertion.

Accueil

Nous propos s'ouvrira sur la question de l'inconditionnalité de l'accueil, et sur la façon dont les professionnels s'y prennent pour mettre à l'aise l'utilisateur. Nous prendrons tout particulièrement au sérieux la façon dont ils l'interpellent afin d'éviter toute stigmatisation et de nouer une relation de proximité. Nous examinerons ensuite la façon dont ils se positionnent vis-à-vis des actes de consommation susceptibles d'être réalisés à l'intérieur de la structure. Nous aborderons enfin la question des tensions et de la violence.

Accueil inconditionnel

L'accueil de l'utilisateur s'inscrit dans un cadre qui respecte les principes de la libre adhésion, de l'anonymat et de la gratuité.⁹⁹ Cet accueil n'est pas conditionné par une demande de prise en charge particulière comme c'est le cas dans d'autres structures (demande de cure, de postcure...).

Les professionnels prennent d'abord en compte le regard du nouvel entrant et ce qu'il donne à voir, ce qu'on peut y lire. Ils ont peu à peu acquis cette capacité à détecter et déchiffrer le mal-être qu'il exprime.

Ils écoutent leur interlocuteur pour répondre à ses questions ou à ses demandes de matériel et, éventuellement, pour l'aider à utiliser celui-ci en prenant le moins de risques possibles. Ils respectent sa parole, même s'ils devinent quelque déni à l'oeuvre dans cette dernière. Un déni qui concerne avant tout leur vie et leur souffrance dont la consommation de drogue n'est qu'un symptôme parmi d'autres. Ils lui présentent la structure et ses missions, lui demandent s'il la connaît et comment il l'a connue et, enfin, quelles sont ses attentes vis-à-vis d'elle.

Avec beaucoup de tact et de délicatesse, ils tentent de vérifier que les pratiques de

⁹⁹ Ce cadre les rapproche des éducateurs spécialisés de prévention mais les distingue de nombre d'accueillants (et notamment de ceux de Pôle emploi, de la mission locale...).

leur interlocuteur s'inscrivent dans le champ de l'usage des drogues. Ils ne rejettent pas pour autant celui qui n'est venu que pour boire un café ou utiliser la laverie automatique mais ils lui conseillent de se rendre dans des structures plus adaptées à ses besoins. Ils essaient aussi d'avoir une première idée des produits dont il fait usage. Là aussi, selon les produits que leur interlocuteur déclare consommer, ils peuvent le conseiller de se rendre dans d'autres structures plus adaptées à sa problématique.¹⁰⁰

Certains d'entre eux reconnaissent volontiers que ce parti pris de l'ouverture n'est pas sans risque, peut parfois induire des phénomènes difficiles à gérer, notamment lorsque le CAARUD tend à devenir un lieu polyvalent faisant fonction de CCAS, de centre social, de laverie automatique...

On retiendra donc qu'il est décisif de savoir accueillir, mettre à l'aise l'usager ; de ne pas s'empresser dans cette perspective de réaliser le premier entretien qui pourrait être vécu comme intrusif et invasif par ce dernier. Car il n'est pas *a priori* demandeur d'un échange. Il peut avoir peur du jugement négatif et lorsqu'il dispose du matériel, il est parfois pressé de consommer. Car son souhait n'est autre peut-être à ce moment-là que de boire un café chaud, que de trouver un lieu qui l'accueille sans rien exiger de lui en retour. Il n'est autre peut-être que de trouver un peu de chaleur : celle du café, celle des locaux, celle de relations humaines authentiques. Si la personne ne demande rien d'autre que cela, il est important que le professionnel dans une optique de réciprocité ne lui demande rien. Du moins dans un premiers temps. Il le pourra et le devra sans doute un peu plus tard, lorsqu'il reviendra, afin de lui proposer le premier entretien.

Quand la personne entre, au premier regard, je sais s'il y a quelque chose qui ne va pas !

Ils viennent déposer des trucs lourds qui les angoissent. Ils ont parfois les réponses. Ils sont en sécurité parce qu'ils savent que ça ne sortira pas de là. L'accueil est la mission première d'un CAARUD.

L'usager me raconte ce qu'il veut, je n'ai pas à aller voir si c'est vrai ou pas vrai. Il peut me dire ce qu'il a consommé mais je ne suis pas là pour lui tirer les vers du nez ! Il veut un garrot, je lui file. « Tu sais t'en servir ? » On peut échanger là-dessus. Chez nous, ils peuvent rentrer, discuter de tout et de rien...

Il peut venir pendant deux ans sans que tu lui demandes rien... et un jour, il aura un déclic en buvant son café... Vouloir aider les gens à s'en sortir et les accompagner dans l'usage, c'est deux choses différentes.

¹⁰⁰ Les CAARUD ont parfois beaucoup d'usagers d'alcool dans leur file active. Ils essaient parfois de restreindre leur nombre, craignant que leur présence, si elle se révèle trop envahissante, ait pour effet, on l'a vu plus haut, d'exclure d'autres usagers qui auraient encore plus besoin de leur accompagnement en raison de leur précarité et de leur recours à un matériel spécifique (matériel d'injection, pipes). Les CAARUD accueillent parfois des fumeurs de cannabis mais craignent que leur présence prolongée parmi les autres usagers leur porte tort.

Lorsqu'une personne pousse la porte, ce n'est pas obligatoirement tout de suite un premier entretien. La personne vient, boit son café. Elle ne nous demande rien, on ne lui demande rien. Ici, c'est pour elle.

Il n'y a pas forcément une demande de leur part, ou alors il n'y a qu'une demande de matériel. Ils vont se dire : « si je vais dans un lieu où on va tout de suite me poser des questions sur ma vie... »

Souvent ils ne veulent qu'un kit, et de la discrétion...

« Je ne fume que du cannabis... » Le déni se respecte. Il peut parler au bout de 15 ans... Il faut qu'il sache que la porte est ouverte...

On est passeur. Il y a peut-être aussi un partenaire... si c'est un jeune, s'il souffre de problèmes psychiatriques...

Des gens qui sont à l'hôpital de jour viennent se poser toute la journée parce qu'il y a Internet gratuit. Tu leur demandes 15 fois de baisser la musique puis, parfois, tu débranches les enceintes. Du coup, tu ne sais plus comment t'en sortir ! C'est tout à la fois un centre social, un CCAS, un CAARUD, une laverie automatique parce que des gens te demandent s'ils peuvent laver leur linge alors qu'ils n'ont aucune addiction...

Interpellation

La façon dont les professionnels interpellent l'utilisateur de drogues conditionne tout le travail qu'ils sont susceptibles ensuite de conduire avec lui. Il est important qu'ils puissent l'appeler par son prénom ou son nom de « scène »¹⁰¹ en se présentant eux-mêmes par leur prénom et qu'ils réservent le terme « usager » aux seules réunions d'équipe. Cela, afin de se rapprocher de lui, de « se retrouver à la même hauteur » que lui et de pouvoir « accéder à son visage ».¹⁰² Il n'y a pas, d'un côté, un intervenant qui disposerait du savoir et, d'un autre côté, un usager ignorant. Il y a échange de savoirs qui présuppose aussi un intervenant ignorant et un usager sachant.

Lorsqu'on a été soi-même usager, on sait l'importance cruciale des interpellations stigmatisantes et tout particulièrement celle de « drogué » pour avoir souffert de celles-ci. On prend toute la mesure des paroles que l'on pose dans la relation, de leur potentiel blessant, voire mortifère ou, au contraire, revivifiant, tonifiant. On sait aussi l'importance pour l'utilisateur de ne pas « être pris de haut » par le professionnel, en fait d'engager des

¹⁰¹ Scène de crack, de rue.

¹⁰² « Le visage est signification, et signification sans contexte. Je veux dire qu'autrui dans la rectitude de son visage, n'est pas un personnage dans un contexte. D'ordinaire, on est un "personnage" : on est professeur à la Sorbonne, vice-président du Conseil d'Etat, fils d'un tel, tout ce qui est dans le passeport, la manière de se vêtir, de se présenter. Et toute signification, au sens habituel du terme, est relative à un tel contexte : le sens de quelque chose tient dans sa relation à autre chose. Ici, au contraire, le visage est sens à lui seul. Toi, c'est toi. En ce sens, on peut dire que le visage n'est pas "vu" Il est ce qui ne peut devenir un contenu, que votre pensée embrasserait ; il est l'incontenable, il vous mène au-delà. » LEVINAS, A. 1982. *Ethique et infini*, Fayard, p.91.

relations sur un pied d'égalité.

« Drogué », c'est un mot qui me fait mal ! On essaie d'avoir un vrai rapport avec les gens. Moi, je m'appelle « Pierre » et lui « Paul ». Dans l'atelier RdR, je ne dis pas : « on fait comme ça ! » Je laisse la personne faire puis je fais. On essaie de voir où on a fait une erreur, où on peut arranger pour que ce soit encore plus propre, c'est un échange. Nous aussi, on apprend beaucoup. On essaie de mettre la personne à la même hauteur que nous parce que sinon, on n'y arrivera pas. Malheureusement, on nous prenait de haut et on nous stigmatisait et ça ne m'a pas aidé au début.

Ce matin, une personne est partie d'AURORE et a demandé à être suivie chez nous. J'ai appelé AURORE pour avoir les infos et j'ai dit : « Sébastien ». La personne m'a dit : « Ah ! Sébastien untel, oui ! »

Des professionnels m'ont dit : « si à tel âge, tu n'en est pas sorti, tu ne t'en sortiras jamais ! » Si je les avais écoutés, je n'aurais jamais continué à me battre !

Parfois, ils introduisent le vouvoiement parce qu'une telle façon de s'adresser à lui peut l'aider à franchir une étape importante du chemin à parcourir s'il désire sortir du produit et/ou de la rue. Mais rien, ici, n'est facile car tout professionnel peut constituer, par ses attributs, le lieu de projection d'imagos dans le cadre des mouvements transférentiels¹⁰³ constitutifs de toute relation. Difficile, par exemple, de ne pas être perçue comme une mère lorsqu'on est une femme et qu'on a derrière soi une longue expérience d'aide à autrui et que l'on est une professionnelle connue et reconnue pour cela.

Je suis souvent la maman parce que je suis un peu âgée. Certains me connaissent depuis des années, ils m'ont vu sur d'autres lieux de travail.

Acceptation, tolérance et interdiction

« Chez eux/chez nous ». Cette opposition est fortement structurante pour la pratique professionnelle de proximité. Elle est notamment au principe d'une différenciation dans les positionnements. Lorsqu'ils sont sur le territoire des usagers de drogues, les professionnels considèrent qu'ils doivent s'adapter à leur monde. Lorsqu'ils sont dans l'enceinte du CAARUD, sur le lieu d'accueil, ils demandent à ces derniers de suivre les règles qui y ont été instituées.

Il y a en fait différentes catégories d'actes : ceux que l'on accepte, ceux que l'on interdit mais aussi ceux que l'on va tolérer en « faisant le dos rond » ou plutôt en « fermant les yeux », en appliquant le principe du « pas vu, pas pris ». Les actes de consommation de drogues au sein même du local du CAARUD s'inscrivent souvent dans cet entre-deux,

¹⁰³ ROUZEL, J. 2002. *Le transfert dans la relation éducative*, Paris, Dunod.

même si leur interdiction est formellement signifiée dans le règlement intérieur affiché à l'accueil. Dans les faits, les professionnels repoussent la limite plus ou moins loin selon leur évaluation de la situation *hic et nunc* et tout particulièrement le type de produit consommé. Ils peuvent ainsi tolérer qu'un usager puisse fumer du tabac mais point du crack. En cohérence avec leur mission qui consiste à favoriser l'accès aux soins, ils admettent qu'un usager puisse prendre de la méthadone prescrite. Mais ils craignent, par un tel positionnement, de renforcer plus encore le sentiment de manque éprouvé par d'autres usagers vis-à-vis de ce produit et de favoriser son trafic. Aussi l'invitent-ils aussi à faire preuve de discrétion en posant un tel acte dans l'infirmierie et non au vu et au su de tous les autres usagers. Ils peuvent enfin admettre qu'un usager puisse prendre de la méthadone non prescrite en cas d'agitation de ce dernier. Les actes de deal ne font, par contre, l'objet d'aucune tolérance, sont interdits et ce, quelles que soient les circonstances.

En équipe mobile, en travail de rue, on est plus chez eux et c'est plus à nous de nous adapter à ce qui se passe. Ici, ils sont plus chez nous, il y a des règles à suivre...

Là où je travaillais, on disait : « on a un règlement, il y a des choses qu'on va accepter, d'autres pour lesquelles on va faire le dos rond, fermer les yeux et d'autres qu'on ne va pas du tout accepter. » Tout ce qui touchait la consommation, c'était un peu limite quand elle était ouverte et avérée. Tant que ce n'était pas vu, ce n'était pas pris ! Dans le règlement à l'accueil, on disait : « la consommation n'est pas tolérée. » Mais si un usager était parti prendre une douche depuis plus de trente minutes. On se disait : « il était très sale mais quand même ! » et non : « on va vérifier ». Ça m'est arrivé de voir une fille avec son garrot en train de se fixer. Quelqu'un lui injectait. Je regardais et je ne savais pas quoi dire ! Elle me dit : « Il y a un problème ? » Je dis : « Tu déconnes, je ne peux pas faire comme si je n'avais pas vu ! » Elle m'a répondu : « mais t'as vu quoi ? » Je me disais : « c'est quoi le fond de l'histoire ? »

Je suis persuadé qu'une usagère s'est fait plaisir ce matin en sniffant dans les toilettes. Des signes ne trompent pas mais « pas vu, pas pris » !

Le deal est totalement interdit sur la structure, sinon ça deviendrait n'importe quoi ! En tous cas, plus un CAARUD !

Dans mes accompagnements sociaux, j'invite la personne à ne pas consommer dans les véhicules et devant moi. Si quelqu'un sort sa pipe à crack, j'arrête l'accompagnement ; si c'est une clope, non ; si c'est une bière, ça reste à voir ! On évolue toujours par rapport à une limite... Tout se discute. Une fois, j'ai fait demi-tour pour que la personne récupère de la méthadone non prescrite parce qu'elle était agitée, on évalue sur le moment !

Un usager discute avec un autre à voix basse et commence à sortir un pochon.¹⁰⁴ L'usager me dit : « mais regarde, c'est que du shit » Je lui dis : « Ça reste illicite. Donc, range-le ! »

Lorsqu'il prend de la méthadone prescrite devant les autres, on l'invite à l'infirmierie pour lui donner un cadre. On ne peut pas lui refuser alors qu'on est là pour favoriser l'accès aux soins. Souvent, il est trop dans la

¹⁰⁴ Un pochon dans le langage courant, est un sac plastique ou en papier.

monstration. On rentre dans l'éducatif. Cela serait mieux en infirmerie parce que d'autres sont en manque... et il peut y avoir du deal.

En fait, quelle est la prise de position la plus congruente avec la logique même de la réduction des risques ? N'est-il pas préférable qu'un usager se fasse un fix¹⁰⁵ dans un camion ou dans les locaux du CAARUD plutôt que dehors ? N'est-il pas préférable qu'il le fasse à l'infirmerie plutôt que dans les toilettes ? Acceptant cela, ne s'inscrit-on pas dans la même logique que l'outil ERLI et les centres d'injection qui accompagnent l'usage ? Les professionnels prennent des décisions difficiles en prenant appui sur ce qu'ils savent de *celui-ci* ou de *celle-là*, de son état de santé, de l'état de son système veineux et en évaluant la situation telle qu'elle se présente *ici* et *maintenant*. Mais, en même temps, en acceptant d'être seulement dans le cas par cas, ne pose-t-on pas alors le problème de l'équité que les usagers eux-mêmes énoncent, notamment lors de la tenue des réunions des Conseils de vie sociale (CVS) ou des groupes d'expression¹⁰⁶ en disant : « *Moi, j'ai pu me faire un shoot, pourquoi pas mon pote ?* » ou : « *Pourquoi lui et pas moi ?* » ou encore : « *moi, tu m'engueules parce que je bois et tu ne dis rien à l'autre qui injecte...* » ?

On le sait, ils le font sous la douche. Ils font l'effort de se cacher, de fermer la porte, de faire couler la douche... Quel est l'intérêt éducatif de l'exclusion ?

« Je vais me shooter ! » Je préfère qu'il le fasse ici plutôt que dans le buisson !

S'il me le demande à l'accueil, je ne vais pas dire oui mais...

Sur le bus, si le gars n'a plus de veine, je ne vais pas le laisser se charcuter. C'est son héroïne...

Il faudrait un espace dans le CAARUD ou attendant au CAARUD...

S'il y a une OD... Quelqu'un qu'on retrouve dans la douche...

Le récupérateur, ça veut bien dire ce que ça veut dire...

Je trouvais une excuse banale pour voir qu'il était toujours là...

Le dispositif ERLI encadre la pratique de l'injection. Il n'y a pas de salle de consommation et là, c'est un peu entre les deux. Qu'est-ce qui se passe dans nos propres perceptions des problématiques des usagers ? Jusqu'où on va pousser les limites de notre action ? J'ai l'impression qu'il y a plus de souplesse aujourd'hui.

Les usagers savent tous que l'usage de drogues dans un CAARUD n'est pas autorisé mais le font quand même ! On accepte que telle personne fasse l'usage du produit dans la structure ou à l'extérieur, dans le camion

¹⁰⁵ Une injection.

¹⁰⁶ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). 2009. *Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*. Document de travail.

et pas d'autres. Ce serait donc au cas par cas.

Si une personne consomme dans la rue, l'équipe va l'inviter sur le camion afin qu'elle puisse faire un shoot propre, se laver les mains, faire l'ensemble des gestes qui permettent d'éviter des surinfections...

Sur la structure, il y a des kits de type snif. S'il fait froid dehors et il s'y a du vent, c'est plus simple de faire ça dans les toilettes. Même si ce n'est pas forcément plus propre !

Il y a eu pendant de très nombreuses années une espèce de carcan de la RdR. Maintenant le cadre commence à bouger à nouveau, permet de faire un certain nombre de choses. Dans les présentations des premiers résultats d'ERLI, ils disaient : « c'est pas autorisé mais ce n'est pas interdit non plus ! » Il y a une espèce de vide dans lequel on s'engouffre à grandes coudées !

On s'est mis ce carcan tout seul. La loi de 70 a été tellement répressive que ça nous a un peu marqués. Tout le monde avait un peu la trouille. Elle a été très loin quand elle s'est appliquée à la distribution de flyers.

Concernant la place de l'usage de produits au sein des structures, on peut retenir que les positionnements diffèrent fortement dans les équipes selon que les professionnels mettent plutôt l'accent sur la limitation de l'usage, la mise en place d'un cadre rassurant et contenant pour l'utilisateur ou sur la réduction des risques lié à cet usage, le bien-être de l'utilisateur. Le principe du « pas vu pas pris » semble dominer. Paradoxalement, la consommation des produits fumés fait l'objet d'une plus grande répression que celle des produits injectés ou sniffés. Les professionnels mobilisent ici des attitudes plus réactives et cadrantes. Sans doute parce qu'un tel acte est posé au vu et au su de tous, parce qu'il peut constituer un exemple que d'autres usagers vont s'empressement de suivre, générant alors pour eux une situation incontrôlable. Sans doute aussi parce que l'odeur attire l'attention sur l'acte, ne peut « mentir » et empêche le regard de se détourner, parce qu'elle révèle une trahison, une rupture du contrat de confiance, voire de l'insolence. Ce qu'elle révèle pour les professionnels est sans doute fonction - et à la mesure - de ce qu'elle réveille chez eux, en fait des représentations et des souvenirs qu'elle fait remonter à leur conscience. Nul autre sens, excepté peut-être la saveur, n'a ce pouvoir-là, et nul autre écrivain n'a su, mieux que Marcel Proust, l'exprimer dans l'univers de la littérature : « (Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses), seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur quelques gouttelettes presque impalpables, l'édifice immense du souvenir.»¹⁰⁷ L'acte

¹⁰⁷ PROUST, M. [1913]-1946-1947. *A la recherche du temps perdu. Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, T.1. p. 68.

professionnel ne reposerait donc sur la sensation que parce que cette dernière serait le support organique du souvenir.¹⁰⁸

On peut parler de la météo, du sport... Cette bulle de stérilité est importante. C'est un sas rassurant. Pour le public que l'on reçoit, ça a du sens qu'il n'y ait pas de consommation.

Une fois, quelqu'un a fumé un bédó¹⁰⁹ dans les chiottes. On a pris la personne dans le bureau en lui disant : « Tu ne peux pas nous mentir, il y a des odeurs qui ne mentent pas, on te prévient, il n'y aura pas de deuxième fois, ce sera une exclusion temporaire ! » On a redit la règle à tout le monde, surtout que c'est un usager qui l'a balancé : « dans les toilettes, ça pue le shit, on n'a pas le droit de fumer, pourquoi lui, il a le droit ? »

Quand quelqu'un fume un joint ou une cigarette dans le lieu d'accueil, ça se sent. On peut plus facilement l'exclure que quelqu'un qui aurait fait un acte inodore.

Fumer, c'est voyant et tu es obligé de te positionner, de poser le cadre...

Il y a la façon dont cela nous affecte, nous fait réagir. Quelqu'un va sniffer du subutex, c'est juste la vision. On peut très bien détourner le regard. L'odeur, ce n'est pas pareil !

On perçoit les produits fumés davantage comme une trahison, une insolence alors que l'injection, si on a bien rangé sa pompe, le garrot, ça ne se voit pas.

C'est assez étonnant d'être plus permissif avec quelqu'un qui s'est fait un taquet... mais c'est peut-être le fait qu'il y a plus de risque dans l'injection. Il est alors préférable qu'il le fasse dans la structure...

La mise en acte dans un collectif, c'est la porte ouverte et tu n'as pas de prise. Il met toute la structure en danger.

Il faut sans doute aussi prendre en compte les dimensions purement physiques du lieu d'accueil. Lorsque ce dernier est exigu et peine à contenir toute la file active, il ne laisse peut-être guère d'autres choix que celui de la stricte interdiction.

L'infirmière est obligée de faire de la bobologie dans le bureau d'un éduc. Vu qu'on ne peut pas mettre à disposition une salle appropriée où ils pourraient faire ça dans de bonnes conditions, pour nous, c'est : « pas de consommation sur la structure ! » S'il y a de la consommation et du produit visible, ça peut entraîner une logique d'échanges, et c'est la porte ouverte à tout. Si une personne vient avec une bouteille d'alcool, elle la cache !

Tensions et violences

Les professionnels ne nient pas que des tensions puissent parfois s'exprimer au sein des CAARUD, en lien notamment avec des « histoires de rue ». Ils ne nient pas qu'elles puissent parfois déboucher sur une explosion de violence physique mettant en danger leur

¹⁰⁸ BIRAN (De), M. 1920. *Mémoires sur les perceptions obscures*, Tisserand Pierre, Paris, Colin

¹⁰⁹ Verlan de *daube*, *bédó* fait référence à un joint de sav' (savonnette), haschich de mauvaise qualité, très répandu dans les années 1990, appelé encore « pétard ».

intégrité physique des professionnels et celle des usagers.

L'un d'entre eux cite notamment le cas d'une usagère de drogues qui les menace avec une chaîne, les agresse physiquement et se livre à des actes de vandalisme ou encore bourre la boîte aux lettres de seringues décapuchonnées. Une usagère dont la présence même fait peur à ses pairs et les pousse à fuir le CAARUD. Une usagère avec laquelle ils ont bien du mal à travailler en raison de ses problèmes de santé mentale avérés. Mais de tels faits restent rares et ils tiennent à relativiser ces tensions et violences et, dans tous les cas, les jugent bien moindres que celles qu'ils ont pu vivre ou subir dans d'autres lieux comme, par exemple, les accueils de jour et de nuit.

Ils considèrent cependant que certaines conditions d'accueil sont susceptibles de favoriser l'expression de ces tensions. Parmi celles-ci, ils évoquent surtout la forte fréquentation qui oblige les usagers qui viennent chercher leurs kits stériles à attendre ; parfois nombreux, parfois massés derrière un comptoir alors qu'ils voudraient en disposer rapidement. Ou encore le fort turnover des usagers qui, forcément, favorise des relations plus anonymes avec les professionnels au sein de la structure.

Chez nous, c'est un climat plutôt familial. On est souvent au courant que ça se passe mal entre eux par un tiers ou parce qu'on l'a vu. On fait en sorte que ça se passe moins mal. On a eu peut-être une explosion de violence mais il n'y a pas eu de coups... Un jour, je me suis fait trimballer sur tout l'accueil !

Il y a des tensions mais je me sens plus en sécurité au CAARUD qui pourtant est au cœur des Beaudottes qu'à l'accueil de jour dans lequel j'avais travaillé.

Franchement, niveau violence, c'est pépère ; niveau tensions, il y en a. A l'accueil d'urgence de nuit ou de jour, il y a une bagarre minimum tous les jours alors que dans un CAARUD, c'est une tous les 6 mois...

Ils sont agglutinés derrière le comptoir. Des gens peuvent se croiser et ça peut péter !

Là, à Paris, les gens tournent. Quand ils vont sur des CAARUD en banlieue, il y a moins de monde et les gens et se connaissent tous. Même si le CAARUD marche bien, il n'y a pas 100 personnes qui passent dans la journée.

On a parfois été confrontés à de la violence. On faisait 25 repas par jour. 30 ou 40 personnes passaient dans la journée.

Un monsieur a défoncé le rideau métallique et l'a sorti de ses gonds. Il nous a dit qu'il nous éclaterait la tête. Les autres usagers l'acceptaient mal parce qu'ils sont respectueux de la structure. Heureusement qu'il a été hospitalisé d'office et éloigné parce qu'il aurait pu me mettre en danger...

Une usagère a des soucis dans sa tête. Quand elle est arrivée chez nous, on l'a mise sur le plan hôtel mais elle a fait exploser la chambre, elle a cassé la porte, elle faisait dormir les gens dedans. Donc, on l'a mise dehors et elle n'a pas accepté. Là, elle nous insulte, casse les portes et les carreaux, nous menace avec des chaînes de vélo. Le matin, vous ouvrez le courrier et plein de seringues tombent, décapuchonnées... Quand elle rentre, tous les usagers

ont peur et s'en vont. Donc, on est obligés de fermer la porte toute la journée, de surveiller et c'est assez tendu. On se pose la question de fermer une semaine. Cela dure depuis 3 semaines et ça nous empêche de bosser avec certaines personnes. On essaye de comprendre, de travailler avec elle pour qu'elle puisse dire ce qui se passe. Apparemment, c'est parce qu'elle veut travailler comme éduc en RdR ! On ne sait pas quoi faire, on a essayé de dialoguer, on est allé au commissariat, elle est restée en garde à vue. Elle a des problèmes psy avérés mais elle est intelligente. Quand la police arrive, elle est nickel, calme. Lorsqu'elle va au CSAPA « La Mosaïque » prendre son traitement méthadone, elle est très gentille. Elle ne tape ses crises que chez nous. Elle n'est pas suivie. Elle dit que l'État nous donne de l'argent et qu'on doit lui donner tout ce qu'elle veut... c'est une façon de voir !

Lorsque cette violence fait effraction dans le CAARUD, se déchaîne en son sein, elle est souvent celle du « plus fort » exercée à l'encontre du « plus faible » ; la violence exercée par celui qui pense avoir toutes les chances, dans des circonstances données, de s'imposer face à l'autre. Elle est, en fait, une violence subie et retournée contre autrui, et plus encore peut-être contre son pair.

On l'a vu plus haut, accueillir l'autre, c'est tout d'abord s'abstenir de porter un jugement sur son addiction ; c'est l'accepter tel qu'il est. Mais c'est aussi, parfois, lui permettre de pouvoir exprimer par une explosion de colère la violence de la rue qu'il a pu subir. Mais le professionnel n'est pas seulement là pour éponger la souffrance qu'elle traduit. Il doit aussi avoir conscience qu'elle constitue un signal d'alarme et tenter, un peu plus tard, au moment le plus opportun, d'en déchiffrer le sens avec son auteur.¹¹⁰ Cet exercice professionnel est un véritable art de la tolérance, notamment vis-à-vis de tout écart à la norme instituée.¹¹¹ Le principe du « bas seuil » ou plutôt, on l'a vu, du « seuil adapté » lui commande de ne pas rejeter celui dont le comportement n'est pas approprié à un lieu d'accueil classique ; celui qui, par exemple, ne serait pas capable de poser sa voix au bon niveau d'intensité parce qu'il serait trop déprimé ou trop vindicatif, ou tout simplement parce qu'il aurait consommé une drogue favorisant une telle attitude...

Remarquons enfin que des mesures d'exclusion peuvent exceptionnellement être prises à l'encontre d'un usager qui a posé des actes de violence, après un entretien avec le chef de service du CAARUD. Généralement, dans ces cas-là, cet usager n'a plus accès à l'accueil pour une période donnée mais peut toujours se procurer le matériel stérile.

Sur le Caarud, des usagers s'en prennent aux plus faibles. Dans la rue, c'est comme ça. Des réflexes reviennent.

La personne va gueuler 10 minutes, c'est la colère de l'extérieur, le trop-plein de la dureté de la vie. Une fois qu'elle s'est bien vidée, la discussion prend. Souvent, elle nous dit : « t'es cool, avec tout ce que j'ai dit, tu m'écoutes encore ! » Justement, si une personne s'exprime aussi violemment, c'est que derrière, il y a quelque

¹¹⁰ SIBONY, D. 1998. *Violence*, Paris, Seuil.

¹¹¹ CANGUILHEM, G. (1943)-1975. *Le normal et la pathologique*. Essai sur quelques problèmes concernant les normal et le pathologique, Paris, PUF.

chose d'important à sortir. En première ligne, on est là pour recevoir mais je veux savoir pourquoi cette personne est en souffrance. Elle ne nous dit pas : « je ne vais pas bien ». Elle gueule. C'est un signal d'alarme.

Quand on retourne à la citoyenneté, c'est comme la musique, on a du mal à mettre la voix au bon niveau. La première fois qu'il a rencontré sa tutrice, il a dû prendre le ton un peu trop haut ! On l'a accompagné la seconde fois. Elle était paniquée.

La violence ne s'exprime pas plus qu'ailleurs sauf dans des situations limites. Là, elle s'exprime parce que tout le monde peut venir dans les structures de bas seuil, parce que la tolérance y est la plus grande....

Il y a des embrouilles à l'extérieur et ils ne se parlent pas dans les CAARUD... c'est juste une petite tension !

Suite à une discussion sur le meurtre d'un gamin de 21 ans, il y a eu quelques violences entre usagers...

Il y a parfois des exclusions après un entretien avec le chef de service... les personnes ont accès au matériel mais pas à l'accueil...

Travail sur le territoire de l'autre

Les professionnels ne se contentent pas d'accueillir les usagers de drogues au CAARUD. Ils se rendent aussi sur leur territoire de consommation. Il y a là une autre façon de faire vivre la proximité. Nous tenterons ici d'explicitier la façon dont ils s'y prennent pour s'inscrire dans une telle démarche. Tout d'abord en milieu festif, puis en travail de rue proprement dit.

On dira aussi quelques mots sur le ramassage de seringues usagées, et notamment sur la façon dont cette pratique contribue à construire la proximité.

Une manière de faire vivre la proximité

Aller sur le territoire de l'autre est une des principales manières de faire vivre la proximité. Celle-ci s'inscrit parfois dans la continuité d'une rencontre à l'accueil, lorsque les usagers souhaitent que le professionnel puisse se rendre là où ils vivent afin de se rendre compte de ce qui fait condition pour eux.

Mais celle-ci s'impose parfois parce que certains usagers ne vont jamais sur la structure du CAARUD. Parmi ces usagers, il y a notamment des crackers, ou encore des femmes qui se prostituent dans des voitures sous un tunnel et qui consomment un produit qu'elles se procurent à proximité.

En 2009,¹¹² la perspective de coupler un hébergement avec un accompagnement social a poussé les professionnels à rencontrer les crackers sur leur territoire. Les professionnels sont parfois surpris parce qu'ils ne soupçonnent pas *a priori* la présence des usagers de drogues à tel ou tel endroit.

¹¹² La circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement. Cette circulaire explicite et développe les dispositions annoncées dans le cadre du plan de relance du 4 décembre 2008. Ces dispositions concernent le développement des équipes mobiles, la réhabilitation de structures d'hébergement ou la création de nouvelles structures en remplacement d'anciennes, l'augmentation des capacités d'hébergement, la mise en place de moyens d'accompagnement dans et vers le logement, l'accroissement du nombre de places en maisons relais et la mobilisation de logements privés par intermédiation.

Elles nous disent parfois : « Je vis à tel endroit, ce serait bien que tu viennes voir un peu dans quoi je vis. »

Des gens qu'on verra 36 millions de fois à l'extérieur ne viendront jamais à l'accueil, jamais, jamais, jamais...

On est obligé de faire des maraudes pour aller voir certaines filles. Elles font leurs passes dans ce tunnel et le produit est à côté. Leur vie est centrée là-dessus.

En 2009, on proposait un hébergement pour les crackers de Saint-Denis. La première année, on a dû héberger une quinzaine de personnes sur l'espace hivernal avec un accompagnement social. C'est la première fois qu'on allait sur le terrain comme ça. Il a fallu trouver les hôtels, faire de la médiation avec les hôteliers, être sur le site de Saint-Denis à plusieurs reprises. PROSES n'était pas encore vraiment installé.

Dans l'exemple ci-dessous cité, la présence de crackers étaient si massive que les professionnels n'ont pas pu faire face à la demande de matériels RdR et ont été rapidement en rupture de stock. Un tel constat les a conduits à élaborer un projet d'installation d'un distributeur de Kit base+. ¹¹³

A Bondy, on s'est aperçu qu'il y avait une bande de crackers ! Là, il fait beau, tout le monde est dehors. Du coup, on s'est retrouvés en rupture de matériel RdR. On bosse sur un projet avec une autre association pour mettre un distributeur de kits base +. On essaie de voir aussi si c'est possible d'en déposer à l'hôpital Jean Verdier, vu qu'il y a un vigile qui est là pour surveiller.

Sur la place à Bobigny, il est en service mais toujours plein, personne ne vient chercher son matériel car tout le monde voit, il y a le métro, le tramway, la station de bus. Les gens portent forcément un regard sur la personne qui va chercher son kit. Là, c'est un hôpital, il y a du passage, ça reste du matériel médical, les gens seront peut-être moins regardants si on le localise là-bas. On n'est que deux et on ne peut pas faire autrement. Remettre le stock dans la machine, c'est plus rapide que de passer des heures dans les squats. Puis à la fin de la journée, tu n'auras pas approvisionné tout le monde.

Souvent le fait d'aller vers les usagers les incite à venir dans un deuxième temps sur le CAARUD. Mais « L'aller-vers » présente d'autres avantages, notamment celui de permettre de voir ce qui est tu à l'accueil.

Sur l'accueil, il peut être dans le déni. Tu vas dans son univers, au sein des squats et là, tu vois son type de consommation.

Mais comment s'y prend-t-on concrètement pour aller sur le territoire de l'autre ? On rendra compte ici de l'expérience acquise par certains professionnels en milieu festif ¹¹⁴ puis on abordera ensuite le « travail de rue » proprement dit.

¹¹³ Le Kit base + (Kb+) est un kit à destination des fumeurs de crack. Il comporte une pipe coudée, une lame, un filtre et un embout alimentaire.

¹¹⁴ L'intervention en milieu festif ne s'inscrit pas au cœur de l'activité des professionnels des CAARUD même si elle peut constituer une de leurs missions.

Le travail en milieu festif

Les professionnels ne se contentent pas de donner du matériel en milieu festif. Ils n'occupent pas seulement une place de distributeur. Ils tentent de provoquer un échange autour de la réduction des risques. Pour certains d'entre eux, il faut pour cela savoir saisir les bons moments ; pour d'autres, il faut tenter d'engager l'échange même si les conditions ne semblent pas *a priori* toujours réunies. Pris dans la musique et la danse, dans leur « délire », peu désireux de parler de leur consommation, craignant parfois d'être jugés négativement, les teuffeurs ne sont pas toujours disponibles et l'important volume sonore peut parfois se dresser tel un mur entre eux et les professionnels.

En milieu festif, ils viennent, ils te demandent du matériel et ils repartent, tout en sautillant et chantant. Tu ne vas pas imposer l'échange si la personne, à ce moment-là, n'a pas envie, est dans son délire de teuf...

Ils ne veulent pas trop parler mais ton rôle, c'est de provoquer un échange autour du matériel et des produits.

Imposer ou susciter, c'est différent.

La personne qui consomme régulièrement et fréquente les CAARUD sait très bien pourquoi on est là.

Il y a toujours des difficultés pour créer la relation, que ce soit la musique, le contexte ou le manque d'envie de parler de la consommation mais il faut dépasser ça. En général, ils ne viennent pas du premier coup. Ils pensent que tu vas les juger. Notre rôle, c'est de les titiller.

Les professionnels doivent ici comme ailleurs s'abstenir d'adhérer aux discours ambiants, et de partager les représentations dominantes. Rien pour eux n'est plus important qu'une observation très attentive de la situation réelle. On pouvait ainsi entendre vers la fin des années 90 que l'usage de drogues par voie intraveineuse n'avait point cours en milieu festif.¹¹⁵ L'observation *in situ* porta un démenti à un tel discours et permit de mettre fin à ce qui relevait de l'ordre d'un tabou.¹¹⁶ En fait, il semble que la présence d'une intervention RdR qui indique la présence de drogues et la dénomination

¹¹⁵ « Dans cet espace, l'héroïne a longtemps incarné le « diable » et la cocaïne la drogue du « showbiz ». Lorsque les investigations TREND débutèrent dans le monde de la techno, les ethnographes, comme les premiers acteurs de la réduction des risques, témoignent du rejet de ces molécules dites « traditionnelles » au profit des drogues de synthèse. Dans un processus contre-culturel, y compris celles concernant les choix des psychotropes se veulent différentes du reste de la société. » SUDERIE, G. ; MONZEL, M. & HOAREAU, E. 2010. « Evolution de la scène techno et des usages en son sein » dans COSTES, J.M. *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999. Vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT. p. 90, pp. 84-95.

¹¹⁶ Cette observation est très largement confirmée par les investigations du réseau TREND. Se reporter à BOSCHER, G. ; GIRARD, G. 2009. *L'évolution des pratiques d'injections en milieu festif, synthèse de l'investigation spécifique TREND*.

TAZ¹¹⁷ qui suscite beaucoup de clichés entraînent progressivement l'arrivée sur de tels lieux d'un nouveau public plus intéressé par le fait de pouvoir « consommer » (parce qu'une telle pratique serait selon lui « autorisé ») que passionné par un style de musique et, au-delà, une culture. A cette transformation de la composition du « public », il faut aussi ajouter une transformation de la consommation des drogues elles-mêmes et notamment l'introduction de la consommation de l'héroïne, désormais vécue sur le mode de la norme.

La décision de mettre à disposition du matériel d'injection à l'accueil du stand de Médecins du Monde suscita de vives résistances de la part des teuffeurs mais aussi d'une association comme techno+ pourtant connue et reconnue pour sa clairvoyance et sa militance pour la RdR. Ces résistances prenaient source et force dans la crainte d'un renforcement de la stigmatisation dont le milieu festif faisait déjà l'objet. Mais elle prenait peut-être aussi source et force dans le fait que ce milieu partageait (et participait à) la stigmatisation de l'héroïnomane injecteur et ne pouvait alors que dénier sa présence en son sein même.¹¹⁸

Au début, les teuffeurs venaient chercher leur matériel et repartaient tout aussitôt. Ils faisaient preuve de la plus grande discrétion ; ils n'engageaient pas la moindre parole. Peu à peu, les professionnels de la RdR imposèrent qu'un petit message accompagne la fourniture du matériel afin de s'assurer que l'utilisateur puisse faire usage de celui-ci dans les meilleures conditions, sans prendre de risques supplémentaires. Et parfois un échange sur le produit lui-même et ses effets.

Au lieu d'avoir des gens qui aiment cette musique et cette culture, on avait des gens qui venaient consommer des drogues parce que c'était plus facile. Ça amenait des consommateurs parce que c'est un lieu où c'est « autorisé » ! Puis il y a aussi des changements de consommation. L'héroïne n'a pas toujours eu la même presse dans ce milieu-là. C'est quasiment une norme de la consommer là.

On m'avait dit qu'il n'y avait pas d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse en milieu festif. En 98-99 avec Médecins du monde, je me suis rendu compte qu'il y avait des utilisateurs d'héroïne et que ça shootait. Donc, on a commencé à mettre à disposition du matériel d'injection. Ça avait provoqué à l'époque une levée de boucliers, même de la part de Techno+ qui ne voulait pas qu'on rajoute une couche. Elle disait : « on a déjà l'étiquette

¹¹⁷ TAZ (Temporary Autonomous Zone) ou Zone Autonome Temporaire. Il s'agit d'un espace provisoirement occupé, approprié pour faire la fête, symboliquement gagné sur l'Etat ; plus précisément d'un espace-temps qui disparaît dès qu'il est repéré et qui participe, ce faisant, d'une « utopie pirate ». BEY, Hakim. 1997. *Zone d'autonomie temporaire, TAZ*, Éditions de l'éclat. On peut sans doute ajouter que ce terme appartient en raison de son association étroite avec les concepts de l'éphémère et du mouvant, au langage de la cyberculture et, au-delà, de la post-, voire de l'hyper-modernité.

¹¹⁸ « Rappelons qu'à cette période, la figure sociale du toxicomane, autrement dit de l'utilisateur de drogues à problème, était essentiellement celle de l'héroïnomane injecteur désocialisé. Même si, déjà, TREND faisait état de la présence de ce produit dans les free parties, le milieu de la techno niera longtemps et de manière très virulente la présence des opiacés et contribuera à la stigmatisation des consommateurs d'héroïne d'autant plus s'ils utilisaient la voie intraveineuse. » SUDERIE, MONZEL, HOAREAU, Op.cit. p. 90.

usagers de drogues, si en plus tu viens stigmatiser en disant que des mecs se la mettent en intraveineuse ! » Il y avait des résistances. Des teuffeurs ne voulaient pas qu'on mette du matos parce qu'ils étaient déjà suffisamment fichés « toxicos ». Les mecs prenaient les kêts en loucedé¹¹⁹ et se barraient ! On a imposé que la distribution du matériel soit accompagnée d'un message. Le système a fini par fonctionner : pas un lascar ne venait sur le stand prendre du matériel sans échange. Ça peut avoir des conséquences assez graves. Tu peux filer un kêt à un mec qui ne s'en est jamais servi et qui va se faire son premier shoot. Tu ne sais pas dans quelles conditions il va injecter, et ce qu'il va injecter ! Il faut quelques échanges pour que ça se passe au mieux.

La différence de codes entre les professionnels et les usagers est-elle toujours un mur insurmontable, un obstacle qui empêche tout échange ? L'expérience vécue par une professionnelle en milieu festif nous inviterait plutôt à répondre par la négative à cette question. *A priori*, sa façon d'être en tant que « jeune arabe en basket et survêt » n'était pas en phase avec celle des « mecs aux crêtes toute droites ». Elle ne se sentit pas cependant stigmatisée, et mise de côté. Des teuffeurs vinrent vers elle pour lui demander du matériel. Un professionnel vécut à certains égards une expérience semblable à la sienne. Celui-ci craignait que le fait d'être plus âgé l'empêchât de nouer des relations avec des jeunes teuffeurs. N'avait-il pas l'âge de leur père ? Surtout qu'il n'éprouvait aucune passion pour la musique techno. Mais il pût, lui aussi, se rendre compte qu'il n'en n'était rien. Comme si le fait d'amorcer un échange venait abolir toute différence. Comme si l'intégration de la RdR dans la culture techno emportait toute réticence que les différences pourraient susciter dans les esprits. Le professionnel souligne ici en effet qu'il parvient plus facilement à pratiquer la RdR dans le milieu des teuffeurs que dans le milieu rock alternatif même s'il se sent culturellement plus proche de ce dernier.

Certains sont arrivés tout en sautant et m'ont dit : « steuplé donne-moi ça ! » Je leur ai répondu avec mes codes et je n'ai pas suscité de grosses interrogations. Ils ne m'ont pas montré du doigt : « là-bas, il y a une Arabe au stand » Je n'ai pas non plus été fichée, j'ai passé 3 jours sur le Tekos¹²⁰ et ça s'est bien passé, je ne suis pas rentrée à genoux. Pourtant, je peux te certifier que j'étais la seule Arabe et je ne connaissais pas le Tekos !

Pour la plupart, je pourrais être leur daron.¹²¹ Au départ, je flippais et me disais : « ils sont jeunes, ça va pas passer, ils vont me regarder comme si j'étais... » Finalement, on a créé un échange et il n'y a plus d'âge... J'étais plutôt réfractaire à la musique techno. J'ai pris sur moi et je suis devenu un peu sourd car la musique a pénétré mes tympans ! Mais chez les teuffeurs, ça fait longtemps que le code d'avoir une structure de RdR existe. La dernière fois, j'ai été présenté par les organisateurs comme le mec qui ne supporte pas la zik¹²² mais ce n'est pas grave, ça a très bien parlé. Dans le rock alternatif, par contre, alors que les codes sont plus ceux de ma famille,

¹¹⁹ « En loucedé » : mot d'argot signifiant « en douce », « en cachette ».

¹²⁰ Le Tekos ou encore tekival est un rassemblement de plusieurs sound system qui peuvent venir librement installer leur système de sonorisation pendant plusieurs jours consécutifs. Contrairement à la free party qui ne dure généralement pas plus de 48 heures et ne comprend qu'un seul sound system. Ce type d'événement rassemble généralement plusieurs milliers de teuffeurs et a généralement une dimension internationale.

¹²¹ En vieil argot français, le mot daron désigne le maître de la maison. Aujourd'hui, il désigne le père.

¹²² Zik : Version écourtée du verlan du mot musique.

ils sont venus me dire : « On t'avait demandé de ramener des capotes, pourquoi tu ramènes des flyers au niveau des drogues ? Les gens vont s'imaginer qu'on est des drogués ! » Ce qui était le cas, ça consommait à tout va mais là, c'est moins dans les normes.

Il y a des codes un peu partout. On n'en est plus à parler le louchéhem¹²³ pour pas que les autres comprennent, quoi qu'avec les sigles, on n'en est pas loin.

Mais les professionnels ne réduisent pas le festif au milieu techno. Ils interviennent parfois dans le cadre de l'INTERCAARUD lors des galas de fin d'année des grandes écoles.

Par exemple, à l'Ecole Nationale Supérieure (ENS) de Cachan. Ils ont rencontré sans doute plus de difficultés pour aborder, accrocher ce public en vue de lui transmettre des messages de RdR car ce dernier est beaucoup plus dans le déni des risques encourus, et engagé dans des pratiques à risques, que ce soit dans le champ de la sexualité ou dans celui de l'usage des drogues. Certaines personnes considéraient en effet que le préservatif était désormais inutile dans les rapports sexuels puisqu'elles pensaient qu'on était à même désormais de « guérir le Sida » ; d'autres sniffaient dans de gros billets afin d'être fashion et de consommer hype. Celles-ci n'avaient nullement conscience de s'exposer au travers d'une telle pratique au risque de l'hépatite.

Et il leur semble nécessaire d'investir de nouveaux lieux comme les milieux fermés de la nuit, et tout particulièrement ceux du Jazz, dominés par une consommation « too much », celle de la coke ou encore de nouvelles pratiques comme, par exemple, à l'instar de l'association AIDES, celle du SLAM.¹²⁴

Le travail de rue

Le travail de rue est nécessaire à l'identification des publics car seul peut-être le fait d'aller au-devant des usagers permet de découvrir les produits qu'ils consomment réellement. Des produits dont l'usage peut faire l'objet d'un déni dans le cadre des entretiens tenus à l'accueil des CAARUD. Des professionnels découvrent ainsi que des usagers, contrairement à ce qu'ils pouvaient penser *a priori*, consomment sur une place d'autres produits que l'alcool.

¹²³ Le louchéhem ou louchéberhem, dans son nom complet largonji des louchébems (jargon des bouchers), désigne l'argot des bouchers parisiens et lyonnais de la première moitié du XIXe siècle. Le louchéhem reste de nos jours connu et usité dans cet univers professionnel.

¹²⁴ Slam. Mot anglais qui signifie « claquer ». Il désigne l'injection de produits divers de type psychostimulant (principalement des cathinones), dans un contexte sexuel. Le terme est utilisé par des hommes gays. Se reporter à Association AIDES, 1993. *SLAM, Première enquête qualitative en France*, INSERM, Sidaction, Association des médecins gays.

Ils sont sur une place à Bondy. Ils ont toujours la canette ou le flash à whiskey mais ils vont aussi sur le côté pour fumer le crack à la pipe et ils nous demandent le kit crack. On ne voyait pas ça cet hiver puisque c'est fait à l'intérieur du bâtiment. Depuis qu'il fait beau, on voit tout, tout est fait à ciel ouvert !

Il est en général plus difficile de conduire un travail de proximité dans la rue que dans l'univers techno de la Teuf. Il faut ici beaucoup de patience et de tact pour construire une relation de confiance. Parce que tout est plus ouvert, mouvant et changeant ; parce que les professionnels sont sur « le territoire de l'autre » et, ce faisant, plus exposés au risque d'être intrusifs ou jugés ainsi ; parce que les usagers sont sur « leur territoire » et, ce faisant, plus défensifs, plus sur la défensive, plus à même, par exemple, de les confondre avec des policiers ; parce que la culture de la RdR y est moins développée car un tel lieu n'est pas *a priori* considéré par ceux qui l'investissent comme un espace de consommation ; parce que la stigmatisation y est plus forte et l'entraide moins développée ; parce que, enfin, les effets des produits qui y sont consommés ne favorisent guère la communication (contrairement, par exemple, à l'ecstasy dans certains cas).

J'avais fait 10 années de rue avant d'aller en teuf. Quand je suis arrivé en teuf, malgré la musique et que je sois un peu décalé, je n'ai jamais eu de difficultés de contacts.

C'est plus inquisiteur quand tu vas dans la rue.

En teuf, on y allait avec la bannière MdM qui avait déjà une espèce d'aura. Le testing est un excellent produit d'appel pour amener les jeunes à communiquer sur ce qu'ils se mettaient dans le cornet. On posait le stand et ils venaient vers nous. Quand tu fais du travail de rue, tu vas vers et tu es obligé de faire avec ce qui se présente à toi. Tu fais 500 mètres dans une autre cité et ça se passe d'une autre façon. Tu dois trouver les ficelles pour établir la confiance. C'est plus difficile. En teuf, je me suis frisé les moustaches pour choper les vieux usagers de drogues et au bout de 5 minutes, ils m'avaient déjà tout dit. Dans les cités, tu mets parfois deux ou trois mois avant que le mec commence à lâcher un truc.

L'ecstasy donne une certaine facilité d'élocution et de communication, tu es dans l'empathie et l'envie d'aller vers...

L'adaptation, ça se joue sur l'observation.

Si tu ne connais pas les codes, tu ne rentreras pas en contact.

Dans les teufs, des gens viennent jeter un coup d'œil. Ils savent que ça consomme. Dans la rue, chacun est dans un coin.

Les professionnels savent qu'il y a dans la relation des moments pendant lesquels ils doivent s'abstenir de délivrer des messages RdR car peu favorables à cela en raison de l'indisponibilité des usagers, de leur inaptitude à les entendre. Ces derniers peuvent être

en manque et n'avoir guère envie de parler ou encore sous l'effet d'une drogue puissante comme, par exemple, le crack... Dans ce dernier cas, les professionnels peuvent parfois rester avec eux sans échanger autour de la question des drogues.

Mais qu'est-ce que la rue pour les professionnels des CAARUD lorsqu'ils font du travail de rue ? Assurément, cette dernière ne recoupe pas, par exemple, les espaces parcourus par les éducateurs spécialisés de la prévention qui vont à la rencontre des jeunes des quartiers populaires ? Ils ne se rendent guère sur les quartiers en tant que tels mais plutôt sur leur périphérie. A vrai dire, les usagers de drogues ne consomment pas toujours à proximité des lieux où ils viennent acheter les produits parce que les dealers, guidés par le souci de ne pas perturber l'espace public, les rejettent, parfois violemment et parce qu'eux-mêmes, souvent, préfèrent rester discrets et ont tendance à délaissé les scènes ouvertes. Ils se rendent plutôt alors dans des endroits plus en retrait, voire reculés. Ils consomment ainsi dans des parkings souterrains ou sur les bords d'un canal, jetant alors les seringues usagées dans ce dernier. Ils consomment plus généralement dans des lieux interstitiels (locaux à poubelles) ou encore de transit (couloir de métro). On comprend alors que leurs pratiques de consommation n'acquièrent pas la visibilité de celles qui ont cours dans les milieux techno teuf.

Rentrer dans les cités requiert du temps. Pour certains professionnels, le fait de passer plusieurs fois au même endroit ou encore de ramasser du matériel souillé permet d'initier un tel travail. Ils sont alors interpellés. Il y a là une façon de se faire repérer et, au gré des rencontres, de commencer à nouer des liens. Mais l'accroche peut se réaliser autrement, par des échanges sur la sexualité ou encore par la distribution de matériels RdR, que ce dernier renvoie au champ de la sexualité ou à celui de la toxicomanie.

« Tu fais quoi là ? » ; « T'es pas flic ? »

C'est du travail de tortue, ça va très lentement...

Le matériel est un levier, une façon d'entrer en relation. Si ça ne marche pas, il t'envoie bouler ; si ça marche, tu commences à créer un lien et peut-être qu'un jour...

Les professionnels peuvent aussi être « cooptés » par un tiers. Il s'agit parfois d'usagers ou d'anciens usagers ou encore de dealers ; parfois d'équipes d'éducateurs spécialisés de la prévention ; parfois, enfin, d'habitants du quartier ou encore d'agents de

la voirie. Grâce à leur entremise, ils peuvent alors entrer dans des quartiers qu'ils ne connaissent pas encore, et notamment dans des scènes de « deal » parfois étroitement surveillées.

Nous, on a eu le terrain de Bobigny, on doit « recruter » des usagers pour rentrer dans des cités...

Sur Saint-Denis, on travaille avec les dealers d'une cité...

Des anciens usagers que tu connais vont te faire rentrer...

Des gens du quartier ou des salariés de la voirie viennent te chercher parce qu'ils sont en contact avec des mecs qui ne savent pas quoi foutre de leurs seringues...

Quand il balayait, un salarié de la voirie rencontrait tous les jours deux ou trois mecs qui jetaient leurs seringues. On y est allés, on a rencontré les gars, ça a été un levier.

Les équipes de prévention voient la détresse, nous disent : « vous feriez bien de passer à tel endroit » Après, nous, on a un regard... on va regarder par terre pour voir s'il y a eu consommation ou pas sur ce lieu-là.

L'accroche est décisive. Elle conditionne la construction du lien. Il s'agit tout d'abord de prendre le temps de l'observation afin de pouvoir ensuite « calquer » sa façon d'être sur celle qui est en usage dans le groupe avec lequel on veut travailler. Beaucoup se joue dès les premiers instants, dans la façon même de se présenter, d'interpeller l'autre, de le regarder, de lui adresser la parole. Un professionnel mobilise ici la métaphore du pêcheur qui lance sa ligne dans la mer et qui attend que les poissons mordent les hameçons. Une métaphore qui permet de signifier qu'il ne va pas insister outre mesure s'il suscite la réserve, voire la méfiance des personnes qu'il vient d'aborder ou alors qu'il peut engager la relation s'il trouve un écho favorable chez elles, voire s'il est interpellé par elles.

Les professionnels prônent ici non seulement la patience mais aussi la prudence car ils sont conscients des risques (parfois d'atteinte à l'intégrité physique) qu'ils encourent en construisant des relations dans un milieu où un presque rien est toujours susceptible de réveiller méfiance et soupçon et, ce faisant, de les conduire à occuper la place du policier aux yeux de l'autre.

« Tiens, ils parlent comme ça ! » et petit à petit tu rentres gentiment sur le terrain. Surtout observer, ne pas arriver comme un bourrin !

Déjà, tu te présentes !

Etre une femme ou un homme, ce n'est pas pareil. Si tu es black ou white, tu n'es pas reçu non plus de la même façon, il y a plein d'autres paramètres.

On arrive. Deux mecs tiennent l'avant de la pharmacie. J'essaye pour voir : « on est dans quelle rue là ? » ; « pourquoi ? T'as qu'à demander aux keufs ! » Je rentre dans la pharmacie. Les mecs commencent à tenir toute son entrée, à rouler, en parlant des condés. Donc, ils m'ont pris pour un keuf ou m'ont suspecté... Ça n'a pas marché. C'est mort ! On se retrouve dans une cité pas très loin, on commence à tchatcher avec un sdf un peu fou qui apostrophe tout le monde et là, un gamin vient nous voir : « t'as pas une cigarette, c'est pour rouler un oinj¹²⁵ ». Là, par contre, tu as moyen de parler. Après, tu n'en mets pas une louche non plus !

Quand tu frappes à la porte, tu ne sais pas qui est derrière. La semaine dernière, ça a été : « Toi, tu viens pour me balancer, casses-toi, sinon je t'ouvre le ventre... » Je préfère laisser ma voiture ouverte. S'il faut partir vite...

Ce n'est pas facile de se faire accepter. Longtemps, on m'a appelé « Jacques, la stup ». Après, ça a été « Jacques, la rue » ! Le travail de rue, c'est un vrai métier. Tu joues ta peau... tu n'as pas de filet. Un jour, tu es face à un gars qui te dit : « salut mon frère ! » et puis un autre tu es face à psychopathe dangereux...

A la prévention, ils connaissent les plans mais pas les clients. Ils n'ont pas envie de se faire griller !

Tu sens dans le regard de l'autre qu'il t'accepte un peu...

Si je vois un jeune, tu lui demandes : « t'as l'heure ? » C'est une manière de capter son regard... s'il te dit : « Tu es un flic ? », ça va s'arrêter là. Tu reviendras peut-être un peu plus tard...

Lui, il posait une question tout à fait banale pour se faire repérer dans le paysage....

On peut mener une action avec quelqu'un qui est reconnu, rendre un service. Tes actions te légitiment.... On peut écouter et ne pas poser des questions trop idiotes. Dans la formation, on parle peu du travail hors les murs...

Le ramassage des seringues usagées

Les professionnels des CAARUD ont aussi pour tâche de ramasser les seringues usagées, notamment dans les jardins et certains bâtiments des hôpitaux. La démarche a été initiée à la demande d'un jardinier pour une équipe. Ce positionnement de proximité leur permet d'être rapidement identifiés et reconnus. Parfois, leur présence sur le terrain intrigue et les personnels infirmiers de l'hôpital les interpellent alors sur la nature de leur activité. Ils sont en général satisfaits d'apprendre l'existence d'un programme d'échange de seringues (PES). La démarche est beaucoup plus institutionnalisée pour une autre équipe dans la mesure où le CAARUD est hébergé dans l'enceinte de l'hôpital.

Les professionnels constatent, les lendemains de week-end, que les lieux autour des distributeurs sont dégradés, souillés, que des boîtes vides jonchent à même le sol... Faut-il rendre compte d'une telle situation par la précipitation avec laquelle les usagers de drogues se comporteraient, de crainte d'être vu ?

¹²⁵ Verlan de « joint ».

Parfois, ce qui fait événement a pour effet de renforcer ces pratiques de ramassage. Ainsi, la découverte d'une seringue dans une école¹²⁶ a conduit les professionnels d'un CAARUD, en accord avec la mairie concernée, à une grande opération de ramassage. Celle-ci permet de ramasser autour de 3000 seringues dans les jardins d'un hôpital, sans compter celles qui étaient dans des collecteurs.

Depuis qu'on fait ces maraudes, ça a beaucoup baissé. Au début, une quarantaine de seringues étaient ramassées et maintenant, une dizaine. C'est encore énorme ! On n'arrive pas à comprendre ! On se demande si c'est de la provocation ! On est obligés de trouver des stratégies pour les éloigner.

On a été rapidement identifiés parce qu'on fait ce travail d'aller sur le lieu, de regarder ce qui se passe. Sur nos kits, on met l'adresse de l'équipe de rue. Des infirmières nous disent : « ça fait un moment que vous êtes là, vous faites quoi ? » On leur a dit que c'est un programme d'échange de seringues. « Ah tant mieux ! »

Une partie de l'équipe ramasse les seringues. Le CAARUD est hébergé dans l'hôpital et c'est notre fonction de faire ça. Elle va là où il y a des escaliers, dans des endroits de consommation un peu à l'abri.

Après le week-end, ce n'est pas les habitués de la semaine. Autour des machines, c'est dégradé, souillé !

Ils laissent souvent le préservatif, prennent la seringue et s'en vont. Peut-être qu'ils sont pressés et ne veulent pas se faire voir ! Après le week-end, les distributeurs, c'est assez glauque !

On a trouvé des seringues dans des tunnels désaffectés, 50 parfois dans une seule trappe. Tu marchais sur les seringues. C'était impressionnant...

¹²⁶ Les projecteurs de la presse ont été subitement braqués sur la découverte d'une seringue dans une école des Beaudottes à Sevran (Seine-Saint-Denis) et sur la colère des habitants. Se reporter notamment à « A Sevran, des enfants piqués par une seringue trouvée dans la cour de leur école », *Le Monde* du 16/04/2014 ou encore à « Sevran : trois enfants se sont piqués avec une seringue », *Le Nouvel Observateur* du 17/04/2014....

Accompagnement

Nous analyserons l'accompagnement en tant que pratique reposant sur un fort co-investissement des acteurs (professionnels et usagers de drogues). Nous présenterons rapidement ses outils et essaierons de dégager la temporalité qui lui est propre (notamment en termes de durée, de moment opportun ou encore de rythme). Nous verrons qu'il requiert du professionnel une capacité à jouer avec les limites de son cadre de travail et, si besoin est, à le distordre, à l'élargir. Nous examinerons enfin les différents champs dans lesquels il se déploie (démarches administratives, soins, insertion professionnelle, fin de vie).

Une pratique de co-investissement

Les professionnels ne deviennent pas référents pour tous les usagers. Ils ne le deviennent pas pour ceux qui viennent au CAARUD uniquement pour se procurer du matériel stérile ou bénéficier de quelques conseils RdR. En fait, professionnels et usagers se choisissent mutuellement sur la base de l'affinité. Généralement, le choix des professionnels est validé lors de la réunion d'équipe de leur structure. Parfois, un éducateur et un assistant de service social constituent un binôme référent pour un usager. Parfois, la situation de l'utilisateur exige qu'il n'y ait pas de référent.

Les professionnels doivent construire leur légitimité afin de pouvoir adresser à l'utilisateur des messages de RdR. Une telle démarche n'est pas aisée notamment lorsqu'ils sont plus jeunes que lui, sauf peut-être s'ils sont issus de l'autosupport.

L'accompagnement revêt parfois une dimension physique. Souvent les professionnels se rendent avec l'utilisateur sur le lieu même de son rendez-vous, notamment lorsque ce dernier doit se rendre dans le bureau d'un juge ou engage une démarche de soins. Mais il revêt aussi une dimension psychique car il s'agit aussi de lui permettre de surmonter l'appréhension, voire la peur de s'y rendre seul.

Il y a là une pratique qui revêt la forme d'un co-investissement où chacun donne à l'autre. S'il est essentiel que le professionnel offre à l'utilisateur toute sa disponibilité, il est non moins essentiel que l'utilisateur lui fournisse des éléments de connaissance sur son

parcours de vie afin de l'aider dans son accompagnement. Il est en effet parfois important de connaître des fragments de l'histoire de la personne si l'on veut éviter que son chemin soit entrecoupé par un événement complètement inattendu qui renforce sa précarité et massifie sa consommation. Le professionnel doit alors éviter certains pièges, et notamment celui qui consiste à anticiper sur l'expression de sa demande ou encore celui d'être dupé par tout ce qu'il fait pour lui faire plaisir, pour répondre à son attente. La vigilance ici s'impose afin de ne pas être, ensuite, déçu, voire déstabilisé lorsqu'il cesse cela.¹²⁷

Moi, du haut de mes 29 ans, lorsque j'ai une personne qui a 20 ans d'injection derrière elle, j'ai du mal à trouver ma légitimité dans un message de RdR. L'âge est parfois rédbibitoire !

Pour les collègues issus de l'autosupport, peu importe l'âge, l'information passe. C'est plus simple parce qu'ils ont le vocabulaire, les pratiques, la connaissance de l'usage.

« Je vais chez le juge, je ne me sens pas, tu m'accompagnes ? »

Le but, c'est qu'il se sente capable d'y aller tout seul mais tant qu'il est demandeur, il faut l'accompagner.

Je suis assez souple, tolérante mais j'ai aussi des exigences. Tu me donnes ça, j'avance un peu, on avance ensemble. Au fil des semaines, les gens se respectent mieux, font plus attention à eux, s'habillent mieux.

Il faut qu'il donne un petit peu... et le peu qu'il va me donner, c'est important.

On n'a que ce que la personne veut bien nous donner. L'essentiel, c'est qu'il nous donne des choses vraies même si ce n'est que des bouts d'histoire...

Les usagers font souvent des trucs pour nous faire plaisir. Ils projettent nos propres désirs de « sortir de » et il y a des situations où le réveil est hyper brutal, y compris pour l'usager. On ne sort pas indemne de ça !

Dès fois, ce qu'il veut, ce n'est pas ce que nous, on veut ! On rajoute un échec à son histoire de vie s'il exprime un besoin qui n'est pas le sien...

L'accompagnement ne doit pas s'inscrire dans la seule relation duelle, dans le seul face à face professionnel/usager. Il est important pour le cheminement de l'usager que d'autres professionnels puissent intervenir à certains moments à partir de leurs compétences propres mais aussi de leurs personnalités. Mais il est non moins important que d'autres usagers puissent aussi intervenir. Des usagers qui sont source de vie et constituent des ressources pour leurs pairs, qui peuvent être tonifiants et aidants vis-à-vis d'eux ; qui, parfois, sont capables de faire ce qu'un professionnel ne peut ou ne sait pas faire. En témoigne l'exemple de D. qui, seule, a réussi à convaincre un de ses pairs à

¹²⁷ DECLERCK, P. 2001. *Les Naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, collection « Terre Humaine ».

quitter la rue pour une chambre d'hébergement.

Cette femme, c'est un cadeau de la vie ! Elle a failli me tuer, il y a 4 ou 5 ans quand je travaillais à Aides. Elle est d'une violence extrême mais elle est fabuleuse ! C'est une richesse extraordinaire, elle pourrait gérer un groupe. Elle se redécouvre à l'atelier cuisine, ça valait le coup de se battre, d'ouvrir la porte ! Personne ne voulait s'occuper d'une personne ingérable et elle, elle a réussi à l'amener dans la chambre d'hébergement. Je lui ai dit : « tu ne te verrais pas intervenante. Tu véhicules une telle pêche ! » Elle m'a dit : « non, ça ne m'intéresse pas. » Ce sont des gens ressources. Ils ont une force de vie, ils ont su rebondir dans des situations pas possibles ! S'il y avait 1 % de personnes qu'on arrivait à remettre comme ça, on serait content ! On leur a fait confiance, ils nous ont fait confiance et puis, il en ressort quelque chose de beau et c'est la meilleure des récompenses.

Outils de travail

Les professionnels disposent de deux types d'entretien. Le premier entretien est court et peut être très rapidement conduit. Celui-ci n'est pas spécifique à l'accompagnement, se situe plutôt en son amont et va conditionner sa mise en œuvre. Les professionnels demandent simplement à l'utilisateur s'il est d'accord pour donner un nom ou un surnom et, parfois, son âge ; s'il veut aussi répondre à une ou deux questions. Ils constatent qu'il faut du temps, et de la confiance pour que le surnom laisse place au nom. Pour certains professionnels, il s'agit moins d'un entretien que d'une simple prise de contact.

Les manières de s'y prendre sont ici diverses. Parfois, ils lui proposent cet entretien dès sa première visite. Parfois, même s'il se présente à l'accueil, ils s'abstiennent de lui demander quoi que ce soit car ils sentent bien que sa seule préoccupation est de se procurer du matériel stérile et/ou de boire un café chaud. Ils préfèrent alors se présenter et présenter la structure ; se contentant ensuite de relever le matériel distribué et le sexe de leur destinataire dans la perspective des statistiques que leur structure doit construire et fournir à ses financeurs.¹²⁸ Ils ne lui proposeront cet entretien que plus tard, lorsqu'ils jugeront que le moment est venu.

Le deuxième entretien est beaucoup plus approfondi. Il s'appuie sur une grille et a pour but de réaliser une première évaluation de la consommation et des différents problèmes sociaux et médicaux auxquels l'utilisateur est confronté.

« Est-ce que tu veux me donner un nom, un surnom ? » A l'accueil, il s'appelle Gérard... au bout de trois fois, il donne son vrai nom...

¹²⁸ Se reporter à notre chapitre consacré à l'évaluation.

Moi, je me présente et je ne lui demande pas son prénom quand il vient chercher du matos.

C'est simplement un contact et s'il y a un bon contact, il revient...

On fait une fiche qui permet d'évaluer la situation au niveau des consommations : produits consommés, période de consommation, sérologies, ressources, problèmes de justice, de famille.

Les professionnels peuvent mettre en place des ateliers. Ainsi, un socio-esthéticien organise un atelier d'hygiène qui permet de renouer avec le souci de soi, et de son corps, si souvent négligé, voire maltraité lorsqu'on est confronté à la galère et à la violence de la rue mais aussi de procurer du plaisir. Un tel cadre crée les conditions d'une parole sur le corps et le rapport qu'on peut nouer avec lui, une parole que l'entretien classique ne permet guère d'entendre.

Que cet atelier ait été d'abord organisé en direction d'un public de femmes, un tel choix a fait débat. Il a été contesté par certains participants parce qu'il reproduirait les rapports de genre propres aux rapports sociaux dominants au sein de la logique de la RdR ; il a été plutôt validé par d'autres qui considèrent que les femmes abîmeraient plus vite encore leur corps que les hommes dans la rue et auraient souvent bien du mal à investir les CAARUD car chassées par ces derniers.

On va travailler la manucure, le soin du visage, des pieds, essayer de leur faire découvrir leur corps. Ces femmes sont dans la rue et n'ont plus accès à une salle de bains. C'est peut-être aussi un moment de bien-être pour elles. Si la mairie me donne une salle, on va peut-être prendre des hommes.

Le but, c'est le souci de soi plutôt que l'estime de soi. C'est plus bas seuil, plus adapté...

Si on veut remettre de la féminité... que l'on met de côté dans la rue...

Les femmes, ça ne se réduit pas à ça ! Ou à la cuisine ! On ne sait pas prendre en compte leur spécificité si elle existe...

La présence des femmes est noyée par celle des hommes. Elles n'ont pas la même façon d'investir le CAARUD.

Ça peut ouvrir parce que ça peut donner envie aux hommes.

Accompagnement et temporalité

Il s'agit d'un accompagnement à petits pas. Que chacun emboîte le pas de l'autre puis, parfois, marche au même pas que lui, il n'y a guère ici d'autres façons d'avancer. Une pratique d'accompagnement ne saurait donc s'inscrire que sur la longue durée. Qu'un

usager ne puisse se stabiliser dans un logement ou encore se rendre, tout seul, à un rendez-vous à Pôle emploi qu'au bout de trois ans, sinon plus, voilà qui peut surprendre, et voilà qui surprend tout particulièrement les professionnels qui ont exercé leur activité dans d'autres secteurs du travail social. Une telle durée est cependant parfois requise pour déclencher le processus de subjectivation nécessaire à un tel acte, lequel ne peut paraître anodin et microscopique que pour un regard extérieur. Sachant que rien ici n'est jamais acquis, que tout – et à tout moment – est réversible en raison des logiques subjectives des usagers mais aussi de l'insuffisance des ressources dont disposent les professionnels sur le versant institutionnel.

« Lui, ça fait 3 ans qu'il est dans un logement de stabilisation ». Dans ma pratique je n'avais jamais entendu ça ! C'était des baux signés pour 6 mois renouvelables 2 ou 3 fois alors que là, ça ne pose aucun souci que la personne ne soit pas prête à décoller. Je trouve ça génial ! S'il faut 3 ans de plus, ce sera 3 ans de plus.

« Mais si j'arrête, qu'est-ce que je fais de mes journées ? » Moi, ça m'a pris 15 ans. C'est pour ça qu'on ne bouscule pas les gens. Une année, on les laisse venir. L'année d'après, on arrive à les voir de temps en temps...

Elle n'a toujours pas ses papiers mais elle rentre en cure dans deux semaines, mais quel projet après ? Aucun !

Ils l'ont gardé 2 mois en postcure et ils l'ont foutu à la rue. Travailler dans ces conditions, je trouve ça moyen !

Accompagner une personne signifie aussi travailler avec elle au moment même qui lui apparaît le plus propice. Un moment qui ne s'inscrit pas forcément dans les horaires de travail. Et parfois une opportunité¹²⁹ qui ne se représentera peut-être plus. Il y a là une façon d'être présent à l'autre qui, selon les professionnels, n'entraîne pas d'abus de la part de ce dernier.

J'ai un principe : « vous m'envoyez un sms, vous me bipez, je rappelle ! » Il y a des moments de crise où il peut y avoir des choses importantes.

Accompagner une personne signifie, enfin, prendre en compte sa propre temporalité subjective, battre au même rythme qu'elle, suivre son tempo. Ainsi, une fois hébergé, « mis à l'abri », tel usager va tout de suite initier les démarches administratives nécessaires à la pérennisation de sa situation ; tel autre va, par contre, avoir besoin de prendre un temps pour lui, afin de trouver ses marques et se retrouver, réapprendre les gestes les plus simples de la vie quotidienne, entamer un travail sur lui-même avant de (se) lancer (dans) ces démarches. Pour ce dernier, le travail

¹²⁹ MACHIAVEL, N. 1997. *Premiers écrits politiques ; Le Prince ; Discours sur la première décade de Tite Live*, Paris, Robert Laffont.

psychique sur soi, voire contre soi, contre cette partie de lui-même qui le freine dans son élan, qui ne peut, par exemple, accepter quelque réussite que ce soit, prend un caractère dramatique.¹³⁰ Il lui faut lutter contre les affects qui l'assaillent, contre la peur susceptible de le paralyser, voire contre la montée de l'angoisse qui, à tout moment, peut le submerger. Il lui faut faire le deuil de la protection fournie par l'accompagnement du professionnel, accepter cette perte qui peut réactiver chez lui un sentiment d'abandon¹³¹ ; se détacher, se séparer de ce qui, pour lui, constituait une enveloppe ; une peau (psychique) ; bref, il lui faut perlaborer en levant ou en surmontant, peu à peu, les résistances (au sens analytique) qu'il oppose à toute proposition.

Parfois, l'usager prend peur parce que tout va trop vite. C'est le cas notamment d'un usager dépendant à l'alcool et affecté d'une hépatite C. qui, à plusieurs reprises, ne se rend pas chez le médecin alors que le rendez-vous a été pris. L'attitude du professionnel est ici quelque peu ambivalente. Il comprend et respecte de tels mouvements de recul mais en même temps manifeste quelque inquiétude parce qu'il a pleinement conscience que chaque retard pris dans la mise en oeuvre de son traitement aggrave plus encore son état de santé.

Certains vont se dire : « j'ai un endroit pour moi, où je suis seul, sous un toit... »

Réapprendre aussi à vivre seul, avec tout ce que ça comporte, faire ses courses, sa cuisine, son ménage. Des gens sont très éloignés de ça. Du jour au lendemain, ce n'est pas possible !

« Si j'ai un appartement, comment je vais faire ? » C'est la grosse angoisse avant de faire le dossier. On essaie de travailler sur ça. Un toit, une clé, une maison, ils ne savent pas ce que c'est !

Basculer sur un logement autonome, c'est super angoissant pour eux. Il faut voir les résistances : « Ah non l'appartement me plaît pas ! C'est au 2^e, je voulais au 1^{er} ; la fenêtre mesure 1,50m, j'en voulais une de 1,35m ! » J'exagère mais...

¹³⁰ La notion de drame est ici pertinente en raison de son étymologie. Drame vient de *drama* qui signifie tout simplement *action* ; une action qui est ici, pour reprendre l'expression de Hegel, d'abord activité ré-agissante contre soi. HEGEL, GWF. (1807]-1993. *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Gallimard, bibliothèque de philosophie.

¹³¹ Pour le socio-psychanalyste Gérard Mendel, tout est préférable à l'abandon qui conduit à la mort. Aussi est-il enclin à penser que la propension des hommes à accepter leur assujettissement s'enracinerait profondément dans l'angoisse d'abandon. C'est pourquoi tout mouvement de dé-assujettissement, voire toute esquisse d'autonomisation seraient à même de réactiver le chantage affectif inconscient de la mère à l'enfant ; d'une mère qui lui demanderait de lui obéir s'il veut qu'elle continue à pourvoir à ses besoins et à l'aimer ; qui, en cas de désobéissance, le menace de l'abandonner à son incomplétude, à son état d'inachèvement. Se reporter à MENDEL, G. 2002. *Une histoire de l'autorité. Permanences et variations*, Paris, La Découverte.

Il nous dit sans nous le dire : « ça va trop vite, j'ai peur ! » En même temps, plus on attend, plus il consomme de l'alcool, plus son hépatite C ne va pas s'arranger...

Négociation de la limite et distorsion du cadre

Les professionnels négocient en permanence les limites de leur cadre de travail afin de répondre présent, de se rendre présent à l'autre. Ainsi, ils peuvent sortir de l'établissement et, une heure durant, discuté avec un usager de drogues sur un banc public. Une telle activité qui, pour un regard extérieur, ne semble pas relever d'un travail est en fait très précieuse et parfois décisive dans le cadre d'une démarche d'accompagnement qui requiert la construction d'une relation de confiance et, plus largement, la mise en place d'un espace favorisant la parole de l'usager de drogues. Notons que cette négociation des limites les conduit souvent à ne pas respecter leurs propre temps de travail journalier. Parfois, ils continuent une tâche entamée avec un usager au-delà de leurs horaires normaux de travail parce qu'ils ne savent pas si l'évolution de son état de santé le permettra le lendemain ou s'ils ne seront pas obligés de répondre à d'autres urgences. Parfois, ils lui donnent leur numéro de téléphone personnel même si, ensuite, ils sont susceptibles d'être interpellés à n'importe quel moment. Parfois encore, ils se mettent d'accord avec lui pour que l'entretien téléphonique ait lieu hors de leurs horaires de travail, à un moment où ils peuvent être plus disponibles parce que dégagés des pressions et des sollicitations propres à leur activité professionnelle.

J'ai beaucoup travaillé sur la question des limites pendant des années. Je pense qu'on ne devient pas travailleur social sur le tard par hasard non plus.

Il faut terminer ce qu'on a commencé parce que, le lendemain, on ne sait pas ce qu'il peut y avoir sur notre chantier.

Des personnes vont m'appeler à 19h. Je réponds même si on n'arrête pas de me dire : « ce n'est pas bien, t'as fini le boulot, il faut arrêter ! » S'il y a un problème, je ne veux pas passer à côté. J'ai du mal à couper ! C'est important de répondre présent parce que le malheur n'est pas seulement entre 9h et 17h. On a tous des engagements différents mais nous sommes tous prêts dans l'équipe à rester des heures pour trouver une solution pour quelqu'un Si quelqu'un est dans le désarroi, ça prend le temps que ça prend !

Un tel positionnement sur le fait de (devoir) déborder des horaires normaux n'est pas partagé par tous. Certains insistent au contraire sur la nécessité de les respecter. Pour eux, un tel cadre leur permet de se préserver, de se ressourcer et de répondre de la façon la plus satisfaisante possible à la demande des usagers. Pour eux, la proximité requiert

qu'on sache aussi fixer des limites.

D'autres, enfin, se situent dans un entre-deux, en insistant sur le fait qu'on ne peut ici apporter des réponses qu'au cas par cas, que pour *celui-ci* ou *celle-là*. Parce qu'ils sentent, par exemple, que leur interlocuteur est en parcours de soins, parce qu'il est en détresse, et pourrait, à la faveur d'une crise, être tenté par le suicide, ils n'hésitent pas, parfois, à lui laisser leur numéro de téléphone professionnel afin qu'il puisse les joindre hors des horaires normaux de travail, week-end compris.

Il est utile de mettre en exergue la multiplicité de ces pratiques non pas pour distinguer et promouvoir l'une d'entre elles parce qu'elle constituerait *La* bonne pratique, non pas parce qu'elle pourrait constituer un modèle pour les autres mais pour pouvoir mettre en partage et en débat ce qui est vécu par chacun sur le mode d'une éthique personnelle.

Je préfère que la personne pour laquelle on a fait un parcours d'accès aux soins ou d'admission dans un établissement m'appelle à 19h plutôt qu'à 14h entre deux entretiens et quinze coups de fil. Là, je suis disponible. C'est une ou deux fois par semaine.

Si, au terme de leur stage, les jeunes déclarent généralement ne pas vouloir orienter leur future activité professionnelle vers la réduction des risques sanitaires et sociaux, c'est sans doute parce que le monde de la rue est dur, violent et que la confrontation avec ce dernier suscite en eux beaucoup de peur. Mais peut-être aussi parce qu'ils n'arrivent pas à comprendre la façon dont les professionnels travaillent lorsqu'ils adhèrent à une telle philosophie. Ceux-là sont quelque peu désorientés parce qu'ils ont le sentiment que ce travail est caractérisé par une absence de cadre. En fait, ils n'arrivent pas à comprendre que les professionnels puissent prendre le parti, à tel ou tel moment, d'élargir, d'assouplir, de distordre, de déformer ce cadre, précisément pour pouvoir continuer à s'y référer et travailler avec les usagers. Ils n'arrivent pas à comprendre ce qui, précisément, fait leur force.

A la fin du stage, je leur pose la question : « tu veux bosser en RdR ? » Ils me répondent : « ah non, surtout pas ! Tout sauf la RdR ! » Sur les CAARUD, c'est compliqué parce que des gens pètent les plombs tous les jours. Nous, on prend tellement de distance que ça ne nous touche plus mais la personne qui vient de l'extérieur doit se dire que ce n'est pas possible ! Puis ils disent : « mais il n'y a pas de cadre ! »

Accompagnement dans les démarches administratives

Les professionnels accompagnent souvent l'utilisateur lorsqu'il doit se rendre dans une administration. Ils interviennent systématiquement auprès de l'accueillant lorsque l'utilisateur est invité à revenir parce qu'un formulaire manque à son dossier. Cela, parce que ce dernier risque de ne plus jamais se représenter. Ainsi parviennent-ils parfois mais trop rarement à convaincre leur interlocuteur de ne pas tout stopper à cause de cela.

« Il manque un papier, tu reviens la semaine prochaine ! » Je dis : « attendez, peut-être que vous n'allez jamais la revoir. Il y a sûrement moyen de faire autrement ! »

Certaines expériences douloureuses témoignent des difficultés propres à l'accompagnement. Ainsi, un professionnel accompagne une personne atteinte d'une Hépatite C. Malgré le fait que cette dernière ait arrêté la consommation de drogues, qu'elle soit en traitement, qu'elle ait conduit un travail dans le cadre de l'Espace Santé Droit¹³², qu'elle dispose d'un dossier consolidé, celle-ci n'a pas pu obtenir le renouvellement de sa carte de séjour. Grâce à l'amélioration de son état de santé, et au fait qu'elle peut encore bénéficier d'un hébergement, celle-ci a décidé de tenter un recours. On voit ici que rien n'est jamais acquis. Les efforts de l'utilisateur comme ceux des professionnels qui lui apportent une aide, pour colossaux qu'ils soient, sont toujours susceptibles d'être remis en cause, à un moment donné. C'est tout particulièrement le cas ici avec cette décision de justice. Mais on voit aussi que rien n'est jamais totalement perdu puisque que cette personne a encore la volonté et la force, en partie grâce à l'accompagnement, de faire un recours.

Comment s'y prendre dans l'accompagnement quand on ne saurait tirer un fil sans être pris dans un nœud inextricable de problèmes ou faire tomber « une enclume sur le pied » ? Comment s'y prendre lorsque le fait même de retrouver une existence sociale au travers, par exemple, d'une demande de RSA ou de CMU confronte de nouveau la personne, parfois après une longue période, à son endettement vis-à-vis du Trésor public ? Une telle situation paradoxale la pousse à regretter d'avoir tenté de sortir « la tête

¹³² L'Espace Santé Droit a été mis en place par le COMEDE (Comité médical pour les exilés), une association créée en 1979 par Amnesty international, la CIMADE et le Groupe accueil solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France. Une équipe pluridisciplinaire assure dans son cadre des services spécialisés en matière de prévention et de soins, de bilan de santé, d'accès aux soins, d'expertise médico-juridique et de formation professionnelle.

de l'eau ». Elle peut réveiller chez elle regret et culpabilité (« je n'aurais pas dû, j'arrivais à vivre... ») ; des sentiments contre lesquels elle peut activer une défense qui consiste à projeter la faute sur l'autre pour se protéger, autrement dit à accuser le professionnel qui lui fait face. Enfin, elle la renvoie violemment en arrière alors qu'elle commençait à se projeter dans l'avenir. Elle est problématique pour l'utilisateur mais aussi pour le professionnel qui doivent, ensemble, reconstruire leur relation et se réinterroger sur le « que faire ? », le « comment s'y prendre ? »

Dans nos suivis, on tire un fil et on tombe dans un énorme imbroglio de problèmes : le passif, le sursis, les prisons, les consommations, les dettes locatives, le trésor public, les amendes... Plus la personne a des problèmes, plus c'est compliqué. Si elle montre qu'elle existe en faisant une démarche pour le RSA, le Trésor public qui ne l'avait pas vue depuis 10 ans lui retombe dessus ! Nous, on se retrouve avec elle le bec dans l'eau, le travail de confiance et de légitimité à refaire, avec des questionnements sur le « que faire ? »

Faire la CMU, ça a ramené la fiche de recherche qui a ramené le trésor public...

Accompagnement dans les démarches de soins

Les professionnels accompagnent l'utilisateur dans de multiples démarches de soins. Parfois, il s'agit seulement de permettre à un utilisateur dont l'état de santé est très dégradé de réparer ce qui peut l'être ; par exemple, d'accéder à des soins dentaires. Un tel acte constitue une fin en soi mais aussi un moyen de déclencher d'autres processus : « C'est déjà quelque chose » et « ça peut être un déclic ! »

Parfois, ils peuvent l'accompagner dans une démarche de cure ou de postcure. Peut-on savoir à l'avance ce dont un utilisateur de drogues est capable ? Peut-on prédire un succès d'une telle démarche, s'il s'y engage ? Assurément non. Mais les professionnels ne sont pas pour autant complètement démunis.

Quelques réponses et réactions affectives de cet utilisateur peuvent faire fonction d'indice, notamment lorsque les professionnels lui demandent s'il sera capable de structurer son emploi du temps quotidien non plus autour du produit mais selon les normes en vigueur aujourd'hui. S'il envisage cela comme une possibilité, ils auront plutôt tendance à l'accompagner dans celle-ci. S'il panique à l'idée de ce retour à la vie normale, ils auront plutôt tendance à considérer qu'il n'est pas encore prêt pour une telle démarche.

Mais les professionnels peuvent encore s'appuyer sur d'autres indices. Si l'utilisateur, par exemple, augmente ses doses sous prétexte qu'il va bientôt arrêter toute consommation, ils auront tendance à obtempérer face à sa demande pressante de départ en cure, même

si cette dernière prend quasiment la forme d'un chantage : « *Si tu ne m'envoies pas en cure, je vais mourir !* » Car un tel acte signifie pour eux que ce dernier n'a guère le désir et/ou la capacité d'entrer en cure. Pour le dire autrement, les professionnels ne peuvent pas savoir à l'avance ce dont un usager est capable mais il peuvent parier sur lui s'ils sentent/jugent à partir d'indices divers qu'un possible est en train de s'ouvrir.

Du jour au lendemain, se lever à 7h et faire le petit déj, c'est beaucoup ! J'essaye de leur faire comprendre qu'ils ne se lèvent plus le matin pour le produit mais parce que c'est les horaires de vie de tout le monde. Il y a un petit déj à préparer, des activités et c'est là que j'arrive à sentir si cela est possible ou pas pour eux. Certains disent : « je devrais y arriver ! Pourquoi pas ? » D'autres vont dire : « il faut faire ça ? Ah non, c'est chiant ! »

La personne me disait : « si tu m'envoies pas en cure, je vais mourir ! Faut que je parte ! » Mais elle consommait trois fois plus en se disant : « je vais partir en cure, donc j'en profite ! » Moi, je ne voulais pas l'envoyer parce que je pensais qu'il serait revenu sur Paris dans 2 jours. Je lui dis alors : « je ne sens pas cette cure » Je l'ai emmené voir le docteur, on a discuté et là, il est tombé en sanglots. Il s'est rendu compte qu'il ne voulait pas y aller. Mais d'autres personnes le demandent vraiment. Là, j'ai une personne qui n'a pas touché à la drogue depuis 11 mois. Ce n'était pas gagné du tout, elle dormait au Sleep'in, elle est arrivée chez nous, elle a demandé à partir en cure, elle est partie et maintenant elle a pris une maison à Cahors...

Si la veille d'une entrée en cure, il dit : « Je fais la fête à fond ! »

Parfois ils peuvent avoir envie mais ils ne sont pas forcément capables de le faire !

Il n'est pas toujours facile dans l'après-coup d'évaluer le succès de l'acte que l'on pose. Qu'un usager de drogue reste seulement quelques jours en cure à l'hôpital peut constituer une victoire ; par exemple, si c'est la première fois qu'il est à l'origine d'une telle demande, s'il a pu prendre le temps de souffler et de réfléchir, s'il tente désormais d'arrêter l'alcool en ambulatoire. Mais ce qui est vécu par les professionnels qui s'inscrivent dans un accompagnement au long cours sur le mode de la réussite peut, parfois, être vécu par l'usager de drogues sur le mode d'un échec. Mais ce n'est pas tout. Ce qui constitue, à un moment donné, un échec pour ce dernier peut aussi se transformer en succès... car il est parfois nécessaire qu'il perde les illusions qu'il entretient sur le côté magique de la cure pour pouvoir s'y engager avec quelques chances de succès.¹³³

Il n'est resté que 4 jours mais il s'en rappellera. La prochaine fois, s'il doit y avoir une prochaine fois, ce sera

¹³³ A bien y réfléchir, peut-on parler en termes de « réussite » et/ou « d'échec », fût-ce en les relativisant fortement, sans poser implicitement un seul idéal, celui de l'arrêt de la consommation de drogues ? Ne serait-il pas préférable, comme le suggère Marc-Henry SOULET de dépasser de telles notions et une telle opposition afin d'aider les usagers non pas à consommer mais à gérer leur consommation en identifiant avec eux tant leurs compétences et ressources que leurs défaillances et manques ? SOULET, M.H. 2008. « Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques », in *Psychotropes*, 3, pp.91-109.

peut-être 5 jours, ce sera encore ça de gagné ! Il a pu se poser, réfléchir. Là, peut-être, il s'est dit : « je n'y arriverai pas ! » Mais il a essayé, il s'est posé des questions. Pour moi, c'est une victoire pour lui parce que c'est la première fois qu'il demande vraiment à arrêter. Même s'il n'a pas été au bout du truc avec l'hôpital, ça a servi. Maintenant il demande d'arrêter l'alcool en ambulatoire...

Sur le coup, pour lui, c'est quand même un échec ! Le fait de se projeter dans un an, ce n'est pas simple... Il a quand même fais un truc où ça a foiré. Après, ça a marqué son parcours et on ne sait jamais si des graines...

Tout ce qui touche au soin, ce n'est pas facile...

Parfois, les usagers ne vivent pas l'hospitalisation pour le sevrage ou la postcure comme un but en soi. C'est juste une petite parenthèse parce qu'ils sont trop cassés, et sont allées trop loin. Ils se disent : « Je ne peux pas continuer comme ça, il faut que je souffle ! » L'échec est relatif. Il dépend de l'objectif de la personne.

Les post-cures, c'est différentes étapes. La première, ça va être un échec ; la deuxième, on va réfléchir un peu plus. Puis, pour les prochaines, là où il n'a pas pu tenir, il aura des armes nouvelles. Pour moi, ce n'est pas un échec, c'est juste que le gars apprend, avance à son rythme, tout simplement.

La cure peut avoir au début un côté un peu magique. Du coup, ça peut être vu comme un échec parce que : « j'ai essayé mais je n'ai pas réussi ! » C'est une désillusion et ça renvoie aussi à ses propres limites et capacités...

Pour moi, ce n'est pas un échec. Peut-être que dans 6 mois ou un an, il aura pris la force de pouvoir tenir... Il faut au moins essayer parce que la plupart n'ont jamais vécu sans produits.

J'essaye toujours de lui remonter le moral en lui expliquant que le peu de temps qu'il a passé sans consommer, c'est une grande victoire sur lui-même. Même une heure, c'est une heure qui est gagnée sur sa façon de vivre habituelle qui était toute la journée 24 h sur 24 !

On fait un peu bonne figure, on enrobe ça avec des mots mais il y a quand même un sentiment d'échec. Après, c'est sûr, on ne va pas dire : « t'as essayé, tu vas jamais y arriver... t'es vraiment nul, t'es vraiment un tox ! »

Accompagnement à l'insertion professionnelle

Les professionnels peuvent, au travers de leur pratique d'accompagnement, favoriser les démarches d'insertion professionnelle, conscients d'ailleurs qu'elles peuvent, parfois, constituer une ressource pour le soin.

Ils situent souvent leur intervention en amont de ce processus d'insertion professionnelle. En fait, ils agissent *auprès de* et *avec* l'utilisateur pour qu'il puisse être prêt à entrer dans un tel processus, être socialement et psychologiquement disponible pour cela. Lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir réalisé ce travail-là, ils orientent généralement ce dernier vers un travailleur social qui prendra le relais dans l'accompagnement.

Ils peuvent parfois accompagner une personne qui est en atelier ou en chantier

d'insertion (ACI)¹³⁴ ou encore en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT)¹³⁵. Le fait de s'engager dans une telle activité réenclenche chez elle du désir, de la vie et lui apporte aussi un peu de sérénité.

Régler beaucoup de choses à l'intérieur de la personne, c'est ce qui prime pour nous, en première ligne. On voit le plus urgent, les papiers... Après, si la personne tient, ce sera peut-être plus facile de l'orienter sur un travailleur social qui lui pourra lui dire : « on va commencer par un boulot à mi-temps ».

Une personne est en chantier d'insertion à la Ressourcerie,¹³⁶ une autre est rentrée en ESAT. Elles ont une activité qui correspond à leurs compétences et ça réenclenche de la vie, du désir, quelque chose de serein pour elles.

Il est utile de préciser ici que les CAARUD ne proposent pas dans la palette de leurs services des actions d'insertion par l'emploi en tant que telles et n'explorent guère actuellement cette piste.¹³⁷ Seul FIRST a pu, à un moment donné, faire ici figure d'exception.¹³⁸

Accompagnement en fin de vie

¹³⁴ Les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) sont des dispositifs relevant de l'insertion par l'activité économique, conventionnés par l'État, qui ont pour objet l'embauche de personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières. Les personnes ainsi embauchées sont titulaires d'un contrat de travail (par exemple, un contrat à durée déterminée d'insertion - CDDI). L'ACI bénéficie, pour sa part, d'une aide financière de l'État.

¹³⁵ L'établissement et service d'aide par le travail (ESAT), anciennement centre d'aide par le travail, est un organisme médico-social chargé de la mise au travail, accompagnée d'un soutien médical et social, des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre. La création d'un ESAT doit être autorisée par le préfet de région.

¹³⁶ La Ressourcerie constitue un réseau d'acteurs de terrain. Créée le 26 septembre 2000, cette association résulte de l'ambition commune de plusieurs structures spécialistes dans le domaine du réemploi de créer un groupement professionnel. L'objet de l'association est de créer une synergie de compétences et de moyens pour la professionnalisation, la formation mais aussi pour la sensibilisation à l'environnement et la réduction des déchets.

¹³⁷ On peut ici se reporter à CALDERON, C. ; MAGUET, O. En coll. avec LAGOMANZINI, P. ; MENNERET, F. ; DORSO, V. 2009. *Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseau*, Drogues et Société, CIRDD Rhône-Alpes & association Espace ; CALDERON, C. LAGOMANZINI, P. ; MAGUET, O. & MENNERET, F. 2011. *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*, Drogues et Société, en coll. avec le CIRDD Rhône-Alpes & CCMO Conseil ; CALDERON, C. LAGOMANZINI, P. ; MAGUET, O. & MENNERET, F. 2012. *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Compléments aux recommandations. Au croisement d'expériences européennes et de politiques publiques*.

¹³⁸ L'association disposait d'un atelier bas seuil de conditionnement et notamment d'envoi de revues (dont celle de l'association Asud). Les usagers pouvaient s'y inscrire lorsqu'ils le souhaitaient. Leur revenu ne prenait pas la forme du salaire mais celle du don. Un tel atelier avait pour objectif de leur permettre de retrouver les rythmes propres au travail et de découvrir qu'ils pouvaient les tenir. Une telle expérience ne fut cependant pas poursuivie en raison du flou juridique qui accompagnait cette activité. Ne relevant pas du régime salarié, celle-ci s'inscrivait en effet hors du droit du travail.

Se reporter notamment à ARNOLD-RICHEZ, F. 2012. « L'atelier de FIRST : pour reprendre pied », *Le Courrier des addictions*, (14) – n° 2.

Les professionnels sont en relation avec des usagers de drogues âgés dont la santé a été très abîmée par des années et des années de consommation. Ils sont parfois co-infectés (sida et hépatite). Les professionnels les accompagnent alors dans les différents services des hôpitaux, parfois jusqu'à leur enterrement. Ils ont parfois toujours plus de mal à injecter en raison de leur très faible capital veineux. Les professionnels souhaitent alors que tout soit fait pour faciliter l'injection grâce au recours à des cathéters. Ils regrettent que les logements qui leur sont proposés soient trop souvent situés dans des zones dominées par le trafic de drogues et/ou qui relèvent du mouvoir. Comment alors pousser la logique de l'accompagnement jusqu'au bout, et faire vivre la RdR afin de leur permettre une fin de vie qui soit la moins pénible possible ?

On a soigné l'hépatite et le VIH s'est réveillé. Il a eu une encéphalite puis un cancer de l'œsophage... on est allé le voir plusieurs fois et à l'enterrement...

Des gens sur le bus ont une soixantaine d'années. Ils prennent leurs seringues et ils n'ont plus de veines. On voudrait qu'ils finissent leur vie d'une façon plus posée.

Trois quarts d'heures pour se shooter, dont une demi-heure pour trouver sa veine...

On propose aux personnes vieillissantes d'être logées à Sevran ou à Aulnay au cœur de la cité. C'est un mouvoir ! J'ai eu l'occasion d'aller très tôt le matin à Aulnay pour chercher un résident en chimiothérapie. On a envie de fuir ! Les personnes nous disent que ce n'est pas supportable, qu'il y a les dealers, que c'est violent !

Hébergement

Ce ne sont pas les CAARUD eux-mêmes mais les associations dont ils dépendent qui ont en charge la mission de l'hébergement. Nous verrons tout d'abord pourquoi il nous faut apporter une telle précision avant même d'engager ce chapitre. Nous montrerons ensuite que les professionnels tentent ici de répondre à deux objectifs ; à une mise à l'abri liée à la période hivernale puis à une « stabilisation ». Nous serons alors soucieux de cerner la nature des difficultés auxquelles ils se heurtent dans leur pratique d'accompagnement.

Précisions utiles

Il est nécessaire de rappeler que la mission d'hébergement n'entre pas actuellement dans le cahier des charges des CAARUD mais dans celui des associations dont ils dépendent. Cette distinction est importante au regard de notre propos en raison des modes de financement qu'elle induit. Si les CAARUD sont financés principalement par l'ARS (crédits assurance maladie) de façon pérenne, les associations le sont par la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement d'Ile-de-France (DRIHL-IF) sur un mode annualisé qui pose problème car il oblige les professionnels à renouveler et ré-étayer leur demande chaque année pour leur public.

Précisons aussi qu'il existe deux types d'hébergement. Le premier est lié au plan hiver. Les professionnels travaillent avec des personnes usagères de drogues qui sont à la rue ou risquent de s'y retrouver (par exemple, si elles sont en difficulté au sein de leur domicile conjugal) afin de les « mettre à l'abri » sur une durée déterminée, limitée, qui ne peut excéder la date de la fin de ce plan hiver qui dépend des conditions météorologiques. Le second constitue une solution « définitive » pour ces personnes. Les professionnels travaillent toute l'année avec elles afin de les faire accéder au (droit fondamental au) logement.

Mise à l'abri

Pour la personne qui est dans la rue, il est vital de pouvoir bénéficier d'un lieu pour se poser et pour faire une pause dans la galère. Pour ne plus vivre au jour le jour, survivre, se demander sans cesse comment faire pour pouvoir accomplir les fonctions les plus vitales de l'existence et trouver de l'argent pour cela. Pour ne plus être dans une situation où tout ce qui, pour la majorité des hommes et des femmes, est normal et routinier (manger, boire, dormir au chaud... à l'abri des regards et des violences) devient problématique, incertain, hasardeux, et sans cesse à rejouer.¹³⁹

Tous les soirs, durant la période hivernale, PROSES a accueilli (repas, discussion, douche...) une dizaine de personnes afin de les héberger pour la nuit sur le CAARUD lui-même, dans des anciens bureaux et une salle de repos transformés en dortoir. Celles-ci ont été orientées par le 115 du 93 ou des associations partenaires comme Charonne et Ego ou sollicitées par les professionnels du CAARUD qui sont allés à leur rencontre. Le fait que les professionnels et les usagers préparaient ensemble le repas a permis de construire de nouveaux liens entre eux et un cadre plus favorable à la transmission des messages de réduction des risques (RdR). Notons que FIRST, aussi, a hébergé une dizaine de personnes...

PROSES et des associations partenaires ont aussi loué 15 chambres dans deux hôtels. Que les usagers de drogues ne puissent pas rester dans ce type d'hébergement au-delà de trois semaines pose cependant problème car une telle durée est assurément trop courte. Nombre d'usagers ont en effet besoin de prendre le temps de se poser avant d'entamer des démarches. Nombre d'entre eux préfèrent aussi ne pas quitter leur squat pour une si courte période parce qu'ils craignent de perdre leur place. Parce qu'ils craignent aussi peut-être de s'habituer au confort et de relâcher le conditionnement qui leur permet de tenir dans la rue. Que des chambres ne soient pas alors occupées, voilà qui, plus que tout peut-être, vient témoigner du décalage qui existe entre l'offre des institutions et les demandes des usagers de drogues.

Pouvoir se dire : « ce soir, je vais dormir au chaud, tranquille, je n'ai pas à réfléchir et à trouver de l'argent pour manger et dormir », ça aide énormément une personne à se reconstruire.

¹³⁹ BERGER, P. & LUCKMANN, T. 1986. *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck.

Cette année, on est complet. Tous les gens du métro Croix-de-chavaux se sont fait virés. Ils viennent à PROSES car ils savent qu'ils ont un repas chaud, même s'ils ne rentrent pas à l'intérieur. Une soirée, il y a eu un accrochage, les gens avaient froid et faim, ils ont demandé à manger et ça n'a pas pu se faire... Le lendemain, ils ont cassé des carreaux. Là, il fallait faire quelque chose.

Un veilleur de nuit et deux éducateurs font le repas avec des usagers. Quelqu'un m'a dit en épluchant des pommes de terre : « ça me rappelle quand je faisais ça avec ma mère ! » Il a eu un flash back. J'avais les larmes aux yeux parce qu'il ne m'avait jamais parlé comme ça ! Cette année, on arrive, le ménage est fait, ils sont déjà repartis... Maintenant, ils revendiquent. C'est géant, ça a grandi par rapport à l'année dernière où c'était : « je ne me réveille pas, je fais ce que je veux » Franchement, c'est beau à voir ! Ça fait vraiment plaisir !

Dans le CAARUD, on installe des lits de camp pour le soir, pendant la période hivernale, d'octobre au 31 mars. (...) On ferme les portes du CAARUD jour à 18h, et on reprend à 19h30 jusqu'à 22h30.

On a hébergé 10 personnes tous les soirs. Le 115 du 93 et des associations nous ont orienté des personnes. Nous, on prospectait quand on n'avait pas assez de personnes dans le lieu. On téléphonait et on disait : « s'il y a une personne en errance, elle peut venir chez nous » On a fait ça de novembre au 31 mars tous les soirs. On faisait un repas et on essayait de mettre les gens à l'aise.

« En squat, on risque de me prendre ma place... puis je vais m'habituer au chaud, à la douche... 3 semaines, ça ne me convient pas ! »

La mise à l'abri, c'est juste pour qu'ils ne crèvent pas de froid ! Des gens rentrent et sortent au bout de 3 jours. Ils se mettent en danger, foutent tout à l'air, pose problème à l'hôtelier et leur accompagnateur est fatigué... Nous, on bataille pour qu'ils puissent rester plus longtemps...

Les professionnels doivent faire avec une crise de l'hébergement qui ne cesse de s'aiguïser, de s'aggraver. Une équipe CAARUD a pris la décision de ne plus passer par le 115 car les usagers et eux-mêmes étaient trop souvent contraints à de longues et pénibles attentes avant de recevoir une réponse qui, de surcroît, pouvait être négative ou encore trop tardive. Cette équipe a pris le parti de les mettre à l'abri au sein de sa structure tout en essayant d'augmenter le nombre de places disponibles.

L'année dernière, les gars galéraient des heures devant le CAARUD à appeler. Cette année, ils nous appellent sur nos téléphones et en fonction des places, on les inscrit.

On a 10 places mais on arrive à 13 ou 14... ça ne désemplit pas. Le « bouche-à-oreille » fonctionne bien. Mais le 115, c'est une grosse galère. On préfère alors les prendre. Là, on fait des maraudes et on met à l'abri les gens rencontrés sur les lieux.

Au-delà de l'urgence

Mais la mise à l'abri ne prend tout son sens qu'au-delà de la situation d'urgence. Les professionnels souhaitent que la personne puisse sortir de la rue au-delà de la date butoir (liée à la fin de la trêve hivernale), se stabiliser dans un appartement de façon pérenne,

vivre de façon autonome. Ils ont le souci de pouvoir lui proposer un lieu qui soit suffisamment consistant et contenant, qui lui permette de continuer à cheminer.

Ils développent le travail partenarial mais ils demandent aussi à l'usager une présence plus forte au CAARUD, des rencontres plus fréquentes. Ils ont bien conscience d'engager une course avec le temps. Une course poursuite. Dès que sa mise à l'abri est assurée, ils montent le dossier parce qu'ils sont conscients de la brièveté de la période hivernale (trois ou quatre mois) même si, parfois, ils trouvent le moyen de l'allonger quelque peu, et du risque de son retour à la rue.

Ce n'est pas : « on te file une chambre d'hôtel et on se revoit dans trois mois ! » On fait aussi de l'éducatif.

Dès qu'on a une mise à l'abri sur le CAARUD ou en hôtel, on commence les dossiers, les demandes parce qu'on sait qu'on n'aura pas le temps en trois ou quatre mois. Cette année, on demande plus de présence. Si on ne les voit pas, on va à l'hôtel.

L'idéal, c'est qu'il y ait un « après » et pas le retour à la rue !

Les professionnels rencontrent ici beaucoup de difficultés. Ils doivent faire avec la lourdeur des démarches administratives, la complexité des dossiers à monter, la pénurie de logements ou encore l'obligation de renouveler les demandes chaque année, parce que c'est l'association porteuse du CAARUD et non ce dernier en tant tel qui bénéficie de financement.

Ces difficultés ne sont pas propres à l'accompagnement de ce public-là mais elles sont parfois accrues ou redoublées, notamment lorsque les logements disponibles sont mal localisés (au cœur d'un environnement marqué par le trafic et la consommation de drogues) ou trop éloignés (des CAARUD mais aussi des structures de soins). Elles le sont enfin en raison des logiques de stigmatisation spécifiques qui frappent ce public.

Parce qu'ils savent qu'ils ne peuvent guère les aider à trouver un logement avant trois ans, les professionnels ont le sentiment de ne pas pouvoir leur offrir ce que la réinsertion sociale et professionnelle exige : un cadre contenant, consistant, sécurisant qui leur permettrait de se projeter dans le futur et non de continuer à vivre au jour le jour, d'être toujours dans l'angoisse du lendemain.

On a un service hébergement. On accueille des personnes en stabilisation et c'est la croix et la bannière pour leur trouver un appartement de droit commun. Sous prétexte qu'on a des demandes, on leur dit : « tu fais tes valises et tu te casses ! » C'est difficile pour nous, ça engendre des angoisses : « de quoi demain va être fait, si vous voulez plus me garder chez vous ? Qu'est-ce que je vais devenir ? » Et il faut tous les ans renouveler. C'est difficile de reloger quelqu'un dans des secteurs où la tentation est quotidienne. Le logement, c'est un impératif à

une bonne réinsertion. C'est difficile d'être rassurant quand on sait qu'il y aura rien avant trois ans !

La saturation du parc de logements pour tout le département se cumule avec la saturation du parc pour toutes les personnes qui n'ont pas d'hébergement, qu'elles soient ou non dans les dispositifs. Les logements qu'on propose ne sont pas toujours adaptés en termes de situation géographique. C'est un double cumul de difficultés. Et des stigmatisations existent encore sur les publics.

Les professionnels rencontrent aussi des difficultés en raison des logiques subjectives de leur public. L'utilisateur n'a pas en effet forcément envie de s'inscrire dans un cadre contraignant loin de correspondre à un « chez soi » (notamment en raison de l'obligation de respecter des horaires, de l'interdiction de fumer à l'intérieur ou encore d'inviter des amis).

Ils doivent aussi tenter d'adapter le type d'hébergement à sa problématique. Ils doivent parfois privilégier l'hébergement individuel, notamment pour celui qui a besoin de faire une pause et parfois l'hébergement collectif, notamment pour celui qui ne pourrait pas contenir son angoisse dans une situation d'isolement. Ils constatent, enfin, que l'accueil des couples est très largement déficitaire dans l'ensemble des structures, sans doute en lien avec la spécificité et les difficultés de l'accompagnement que ces derniers requièrent. Ils évoquent à ce propos une zone grise de la RdR et reconnaissent volontiers une absence de savoir-faire. Que faire en cas de séparation ? Qui garder dans la structure ? Qui exclure de celle-ci ? Comment travailler avec les co-dépendances ? Quel rôle chacun joue-t-il vis-à-vis de l'autre ? Que faire aussi en cas de violence exercée par l'un sur l'autre ? Comment gérer les tensions qu'une telle situation est parfois susceptible de créer chez les autres personnes du groupe ? Ils ne savent guère aujourd'hui répondre à de telles questions.

On galère un peu à mettre des gens à l'hôtel. Il y a un contrat à signer, un suivi et la personne doit avoir envie de rentrer dans ce cadre-là.

Il va falloir qu'ils respectent des horaires, qu'ils ne ramènent personne et qu'ils ne fument pas dans leur chambre. Du coup, ça les freine ! Les règles à l'hôtel sont plus dures que dans un logement quelconque !

Le collectif, ce n'est pas évident pour tout le monde. Tu ne peux pas changer le rythme comme ça. A 9 heures, les gens sont dehors et ça ré-ouvre à 19 heures. Dans les chambres, certains dorment pendant 3 jours...

Les institutions ne sont pas très chaudes pour les recevoir les couples. Chez nous, il y a quelques places dans le plan hiver mais au pavillon, non, c'est des chambres de 3 ou 4 places. C'est plus compliqué à gérer. En général, on fait deux suivis séparés et on n'a pas trop envie de se coltiner la relation affective. Puis ce n'est pas très bien vécu par le reste du groupe. Comment accompagner un couple ? L'autre, c'est juste le conjoint, ou celui qui nourrit la dépendance ? Puis il y a des rapports de domination et de violence dans les couples. J'ai connu une femme qui traitait l'autre comme une chienne ! Puis il y a les couples homosexuels, transsexuels... On ne sait

pas faire...

Le retour à la rue peut être traumatisant pour l'usager mais aussi fortement éprouvant pour les professionnels eux-mêmes. Ces derniers doivent lui signifier qu'il lui faut retourner à la rue, que les contraintes financières et institutionnelles ne lui laissent pas d'autre issue que celle-là. Une telle situation suscite chez eux sentiment d'impuissance, culpabilité et frustration. D'autant plus que le fait de solliciter des partenaires pour qu'ils prennent le relais ne semble ici guère donner de résultats probants. Les professionnels ont parfois redoublé d'efforts, mais en vain. Ainsi, le souhait d'une équipe de trouver un hébergement pérenne pour les travailleuses du sexe n'a pu se réaliser.

Lorsqu'une association gestionnaire de CAARUD dispose d'une offre spécialisée (par exemple, d'un hébergement en appartement) et la possibilité d'un travail post accueil hivernal sur un dispositif, le constat est différent et les professionnels moins frustrés.

L'année dernière, on a dû remettre dehors pas mal de nanas, ça a été assez éprouvant.

On fait des contrats de 3 mois renouvelables mais s'il n'y a pas de place, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce humain de dire à quelqu'un : « on t'a hébergé neuf mois et on nous dit que c'est trop long... alors tu prends tes affaires et tu te casses... » ?

C'est triste et difficile de dire à une personne : « désolé ! Là, c'est fini ! »

On avait 10 places et, s'il le fallait, on rajoutait des lits pour avoir le maximum de personnes à l'abri. Ça a bien tourné mais à la fin, on s'est senti impuissant !

Les femmes étaient hébergées en hôtel. Il y avait beaucoup de travailleuses du sexe et on n'a pas réussi à trouver de solution tout de suite, on a pu prolonger d'un mois, pas plus... c'est frustrant !

On a prolongé d'un mois parce qu'on se disait : « ce n'est pas possible, on ne va pas les remettre à la rue comme ça ! »

On n'a pas fait le même constat à la fin. Les gens rencontrés au CAARUD peuvent être orientés vers nos hébergements de stabilisation ou vers un travail post accueil hivernal sur un dispositif. Là, il y a des places et un travail concret s'organise.

Lorsqu'un usager préfère la rue à l'hébergement

Un usager peut faire le choix de rester ou de retourner à la rue. Il refuse alors obstinément toute aide et déclare qu'il préfère dormir sous un pont ou dans un squat plutôt que d'être hébergé dans le cadre d'une collectivité ou d'un dispositif de mise à l'abri. Une

telle attitude suscite chez certains professionnels de l'incompréhension et parfois le sentiment d'avoir mal travaillé, sinon fauté.¹⁴⁰ Elle ne surprend guère d'autres professionnels qui savent combien il est important de garder un sentiment de liberté en restant ou en retrouvant (un) « chez soi », fût-il dehors. Combien il est important aussi de préserver sa dignité en ne demandant pas (ou plus) l'aide d'autrui. Combien il est important d'avoir le sentiment de maîtriser (quelque chose de) sa vie. On comprend alors que les uns et les autres ressentent le besoin d'un échange collectif sur cette question.

Un tiers des 25 personnes accueillies n'adhèrent pas car pour elles, la rue est leur espace de vie.

Une personne a refusé d'aller sur le pavillon en disant : « je ne vais pas en collectivité, je préfère rester dans la rue, sous le pont, je suis très bien là ! » On se dit : « on a mal bossé, des choses ont été loupées ! » Moi-même, en rêve, je n'aurais jamais imaginé le pavillon ! J'ai l'impression que c'était trop idyllique.

L'autre jour, une personne a dormi au CAARUD. Le lendemain, je lui ai dit : « si tu veux, je t'inscris d'office ». Elle m'a dit : « non, je préfère dormir à la Villette ». Leur priorité, ce n'est pas la nôtre.

C'était peut-être une manière de prendre le contrôle sur sa vie. Il y a des dimensions subjectives qui nous échappent. Si on pense échec, on arrête...

L'un d'entre eux fait le récit de l'histoire d'une jeune femme pour qui l'accompagnement peut être décrit comme une suite de progrès, d'avancées, de succès : Inscription au RSA, obtention d'une carte d'identité mais aussi recul du sentiment de honte, processus de métamorphose et d'affirmation identitaire... Le parcours était ascendant et la sortie de la galère imminente mais elle refusa contre toute attente la proposition d'un hébergement au pavillon qui aurait permis un effet tremplin. Pourquoi ce refus, ce mouvement de recul à un moment particulièrement décisif ? Quels sont leurs ressorts subjectifs ? Serait-ce la peur ? Peut-être mais quel est alors son contenu ? Peur d'être vu parce qu'elle retrouverait une existence sociale, une identité pour autrui ? Peur d'éprouver ou plutôt de réactiver de la honte ?¹⁴¹ Comment ce qui, de l'extérieur, pour autrui, peut être perçu sur le mode d'un progrès personnel est-il vécu à l'intérieur, pour soi, retentit-il sur le versant subjectif ?

Enfin, il nous faut aussi prendre en compte que les personnes sont engrenées dans un système de rapports sociaux très contraignant et très fortement poussées à faire un tel choix par défaut. Comme si l'autre choix leur était (à jamais) barré, impossible en raison de la puissance des affects négatifs (sentiment d'abandonner et de trahir les copains de

¹⁴⁰ Sur les mouvements transférentiels mobilisés dans la relation se reporter à DECLERCK, P. 2001. Op.cit.

¹⁴¹ GAULEJAC (de) V 1996 *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

galère) ou de l'angoisse que le fait même de l'envisager réactive. De deux maux, ils sont alors contraints de choisir ce qui pour eux constitue, à un moment donné, le moindre.¹⁴²

Elle était restée 10 ans sans aucun revenu. Elle a tout fait en quelques mois... J'ai accompagné cette personne au commissariat pour faire sa carte d'identité. Elle me disait : « Je ne suis pas à l'aise parce que j'ai l'impression que tout le monde me regarde. » Elle baissait la tête, elle avait une casquette puis elle s'est transformée, maquillée, coiffée. Je me suis dit : « j'hallucine, ce n'est pas possible, c'est la personne que j'ai vue au début ? » On était content d'avoir une place et puis elle nous a dit non...

Pour certains, c'est la volonté de ne pas être isolé des autres. Pour d'autres, avoir un logement, c'est peut-être plus angoissant.

¹⁴² Dans cette même logique, la peur de perdre son emploi conduit nombre de salariés à accepter la situation qui leur est faite, les conditions qui leur sont imposées parce que cela leur apparaît comme un moindre mal. Ils préfèrent ainsi un travail précaire et sous rémunéré au chômage. ROCHE, P. 2001. « Etat des représentations du monde et état des corps au travail », Revue *Prévenir*, n°40.

Travail relationnel

Nous consacrerons ce chapitre au travail partenarial des équipes des CAARUD. Celui-ci est conduit avec des professionnels de la santé (équipes hospitalières, des CSAPA, du secteur psychiatrique, pharmaciens), du travail social (équipe de prévention spécialisée, médiateurs) ou encore avec des policiers. Celui-ci inclut aussi les habitants et, parfois, lorsque cela est nécessaire, les dealers. On l'abordera in fine, ces équipes tentent aussi de créer des espaces d'intercompréhension et de dialogue entre les différentes catégories d'acteurs (entre habitants et usagers, entre professionnels et usagers, entre les différents types d'usagers...).

Avec les équipes hospitalières

Les professionnels des CAARUD coopèrent avec des équipes hospitalières diverses (par exemple, celles des services de chirurgie orthopédique¹⁴³ ou encore de diabétologie).¹⁴⁴ Ils coopèrent avec celles-ci, notamment lorsque l'utilisateur de drogues est admis dans un service pour être soigné et/ou opéré. Parce qu'ils sont son référent, parce qu'ils connaissent bien sa problématique, les professionnels constituent alors des ressources précieuses pour ces équipes.

Ils regrettent que l'accueil réservé à l'utilisateur de drogues soit parfois excluant et susceptible de remettre en cause tout ce qui avait pu être acquis grâce à leur patient travail d'accompagnement.

Ainsi, un professionnel avait réussi, non sans mal, à convaincre un usager de drogues de se rendre à l'hôpital afin de faire soigner ses abcès qu'il avait l'habitude de crever lui-même. Serait-ce parce que son énorme abcès à la fesse constituait un cas intéressant, un « beau cas », une curiosité médicale, serait-ce parce qu'il intriguait et suscitait une certaine fascination ? Toujours est-il que le médecin convia nombre de ses collègues à venir l'examiner. Parce qu'il se sentit humilié et considéré comme un animal de foire,

¹⁴³ Un usager de drogues peut être admis à l'hôpital pour un traitement chirurgical des affections du bras.

¹⁴⁴ Le taux de diabète (de type 2) est plus élevé chez les personnes atteintes du VIH que dans le reste de la population. Le diabète est une maladie associée au VIH ou, plus précisément, liée à l'introduction, dans le cadre de son traitement, des inhibiteurs de protéase.

parce qu'il jugea cette façon de l'exposer aux autres dégradante, l'usager de drogues ne trouva alors pas d'autre solution que la fuite de l'hôpital.

Les professionnels des CAARUD travaillent sans doute d'une façon plus étroite avec les équipes des secteurs psychiatriques et celles des CSAPA. Entrons donc, dans les lignes qui suivent, plus en détail dans les formes que revêt cette coopération.

Avec les professionnels des CSAPA

Ils coopèrent avec les professionnels des CSAPA, des centres nés de la fusion des CCAA et des CSST. Ces professionnels ont, comme eux, une mission de réduction des risques mais la font vivre autrement en raison de leur centration sur le soin.

Du point de vue des professionnels des CAARUD, le (plus) « haut seuil » des CSAPA et leur spécialisation constituent les principaux obstacles qui se dressent sur le chemin de la coopération avec eux.

Le fait de se situer dans une logique (plus) « haut seuil », de maintenir un niveau d'exigence élevé vis-à-vis des usagers de drogues ne favoriserait guère pour les publics qui fréquentent les CAARUD l'accès aux soins prodigués dans ces services. Selon les participants, leurs partenaires n'envisagent guère, par exemple, de soigner en fournissant aux usagers de drogues de la méthadone ou du Subutex ou en leur donnant des jetons et des kits. Cela, parce qu'une telle posture questionnerait leur projet thérapeutique et troublerait leur message sur la santé.

Il semble que soient en jeu ici deux conceptions de la prise en charge. Pour les professionnels des CSAPA, l'intervention professionnelle doit permettre rapidement la stabilisation, voire l'arrêt de la consommation des drogues puis la substitution. La démarche est plus progressive pour les professionnels des CAARUD. Ils peuvent ainsi accompagner un usager afin qu'il réduise sa consommation d'un produit et puisse, ce faisant, s'investir dans d'autres activités susceptibles de lui ouvrir le champ des possibles. Peut-on alors accorder les pratiques des uns et des autres en prenant en compte ce conflit de buts ?

Ils ont comme nous une mission de RdR mais ils sont axés soins et, pour eux, la RdR reste dans le soin.

C'est plus difficile de coopérer avec les CSAPA spécialisés. C'est une culture professionnelle qui prône l'accompagnement à l'abstinence.

Au CAARUD, on est dans la proximité et, petit à petit, on dit à la personne : « peut-être qu'une autre chose est possible pour toi ! »

Il y a aussi la peur de l'utilisateur : « si je prends un kit au CSAPA, est-ce qu'on ne va pas me faire une analyse d'urine la semaine suivante ? » et si l'analyse est positive, le traitement peut sauter...

« Je soigne et je donne des jetons, qu'est-ce que je lui dis comme message ? »

Certes, le souhait de dépasser une approche trop exclusivement centrée sur un produit a été à l'origine de la création des CSAPA. Mais ce souhait n'a été que partiellement réalisé dans la mesure où nombre de CSAPA, aujourd'hui, ne sont pas devenus généralistes, ont gardé leur spécialisation (alcool ou drogue illicite) et rencontrent toujours beaucoup de difficultés lorsqu'il s'agit de prendre en compte les phénomènes complexes de la poly-consommation. D'autant plus que la mise en place de la politique de substitution a entraîné de nouvelles formes de poly-consommation. Nombre d'utilisateurs d'héroïne prennent ainsi de l'alcool avec la méthadone afin d'accroître ses effets. Si les CSAPA (anciennement CSST) ont du mal à prendre en compte l'introduction de l'alcool dans la pratique addictive, les CSAPA (anciennement CCAA) peuvent être tentés de refuser la prise en charge de l'utilisateur en arguant du fait que la substitution (aux opiacés) constituerait ici le problème principal. Chacun peut alors se désister en renvoyant à l'autre la prise en charge de ces utilisateurs et le traitement de leurs problèmes de santé.

Si on travaille avec un CSAPA qui a été anciennement CSST alcool, c'est plus difficile. Ils sont maintenant ouverts à l'addictio en général mais ils gardent leur spécificité !

L'idée des CSAPA, c'est d'avoir une approche beaucoup plus globale, avec des équipes pluridisciplinaires qui prennent en charge tous les champs de la personne. Mais la réalité renvoie chacun à ce qu'il maîtrise le mieux.

Pour certains, l'alcool, c'était une consommation de support, de soutien. Aujourd'hui, notamment pour les plus marginalisés, ça devient une problématique plus importante que la substitution elle-même...

On va prendre la métha et l'alcool, l'effet va être décuplé... Des personnes ont plusieurs addictions mais ils ne s'en rendent même pas compte. Pour eux, c'est normal de boire dix bières avec la métha...

« Ce n'est pas moi, c'est l'autre qui devrait le faire » ou : « d'abord, il faut régler ça avant de... »

Pour les professionnels des CAARUD, c'est aussi sur la façon de se rapporter à la demande de l'utilisateur de drogues qu'ils ne s'accordent guère avec leurs collègues des CSAPA. Selon eux, ces derniers interprètent souvent sa demande de soin à partir de leurs propres projections. Ils ne la prendraient pas réellement en compte lorsqu'ils lui demandent d'engager un sevrage vis-à-vis de l'alcool alors qu'il est venu seulement pour

un sevrage à la Mépronizine.¹⁴⁵ Ils ne la prendraient pas davantage en compte lorsqu'ils décident de le renvoyer parce qu'ils auraient trouvé des traces de shit dans ces urines, alors qu'il n'est venu que pour arrêter l'alcool. Il y aurait là une façon de lui signifier que sa demande est insuffisante et que lui-même serait un être imparfait. Une façon de lui ordonner de se conformer à l'ordre médical¹⁴⁶ et qui ne peut s'articuler sur leur pratique qui postule qu'il est toujours possible d'aller vers une meilleure gestion des addictions en prenant toujours appui sur le désir des usagers. Peut-on dire ici que les uns et les autres ont pour objectif que l'utilisateur aille le moins mal possible mais divergent sur la question de l'idéal ? Peut-on dire que c'est l'utilisateur lui-même qui doit décider, poser son idéal pour les acteurs des CAARUD et qu'il y a dans leur optique autant d'idéaux que de personnes usagères de drogues. Peut-on dire qu'il n'y a qu'un seul idéal, valable pour tous, celui de l'abstinence pour les acteurs de l'addictologie ?

Pour eux, c'est l'idéal de l'absence de produits pour être bien, clean. Pour nous, il y a toujours une capacité à gérer la consommation, y compris pour l'alcool.

Le fait cependant de disposer d'une identité commune, d'être (d'appartenir à un) « CSAPA » pousse les professionnels, notamment dans le cadre de l'évaluation interne, à construire peu à peu, au-delà de la spécialisation de chacun, une culture commune sur la réduction des risques. Dans une telle perspective, la création de l'Observatoire addicto 93¹⁴⁷ n'est pas la moindre des réalisations, constitue sans doute une étape importante. Mais une autre exigence s'impose avec force, celle de démultiplier les lieux d'échange entre professionnels des CSAPA et des CAARUD afin de mettre en travail le sens et les valeurs des différents positionnements, de favoriser l'intercompréhension, de mieux identifier les possibilités d'actions et les limites des partenaires et de trouver la meilleure façon de se coordonner pour offrir un service de qualité aux usagers de drogues.

Dans le cadre de l'évaluation interne, ils se demandent : « Qu'est-ce que j'ai mis en place comme partenariat, comment je travaille avec le CAARUD ? »

¹⁴⁵ La Mépronizine est un médicament indiqué dans le traitement des insomnies occasionnelles ou transitoires. Il a fait l'objet en 2011 d'une procédure de retrait de marché.

¹⁴⁶ CLAVREUL, J 1978 *L'ordre médical*, Paris, Seuil.

¹⁴⁷ Créé en 2009, l'observatoire pour la mise en place qualitative et de proximité de l'addictologie en Seine Saint-Denis regroupe les professionnels de l'addictologie de terrain et des représentants d'usagers en Seine-Saint-Denis. Il a pour objet de valoriser les savoir faire, les compétences, l'expertise des acteurs de terrain, de défendre la pérennité du dispositif ambulatoire et résidentiel médico-social en addictologie inscrit dans l'offre de soins existante en Seine Saint-Denis, de développer le maillage de l'ensemble des structures médico-sociales relevant de l'addictologie pour assurer une meilleure couverture de proximité.

La culture est en train de se construire sur les poly-consommations et on rencontre moins de difficultés.

Ils ont créé l'Observatoire addicto, ça a été possible parce qu'ils s'appellent Csapa.

Avec le secteur psychiatrique

Les professionnels des CAARUD travaillent en réseau avec le secteur de la psychiatrie qui, parfois, les aide à tisser des liens avec d'autres intervenants. Mais les difficultés ne sont pas ici moins nombreuses. Car leur action est souvent contrariée par les problèmes propres à ce secteur (limitation du nombre de lits, surcharge des hôpitaux de jours). Car ils ont parfois du mal à trouver le bon interlocuteur car l'utilisateur n'est pas toujours résident dans l'espace urbain couvert par le secteur psychiatrique. Ils peuvent certes recourir aux équipes mobiles de liaison précarité-psychiatrie (EMLPP) mais ces dernières, encore trop peu nombreuses, sont en situation de surcharge de travail et ne peuvent pas toujours, pour cela, faire preuve de réactivité.

Ils se sentent parfois impuissants sinon désemparés. C'est notamment le cas lorsque les demandes de prise en charge de certains usagers de drogues ne sont pas acceptées parce que leur problématique relèverait de l'addictologie et non de la psychiatrie alors que ces derniers présentent, selon eux, un tableau clinique propre à la comorbidité.¹⁴⁸

« Non, il habite rue... ce n'est pas mon secteur ! » Alors, on reprend son téléphone... Ils se renvoient la balle. Nous, on continue à les suivre mais il arrive un moment où on ne sait pas faire...

C'est compliqué la psychiatrie, surtout pour nous, CAARUD, car ils ne sont pas domiciliés chez nous...

Savoir si ça relève plus de la psychiatrie ou de l'addicto, c'est parfois extrêmement compliqué. Si vous ajoutez à ça les pathologies psychiatriques liées ou exacerbées par la précarité et la rue, personne ne s'y retrouve...

Et personne n'en veut ! « Ca ne dépend pas de nous ; ça dépend d'eux ! » Et le gars erre dans la rue !

Il faut appeler l'équipe mobile de précarité dans ce genre de situations. Mais ils sont débordés...

« Est-ce que t'étais pareil avant de consommer ? » Avant, c'est psy... Et quand c'est en même temps ?

¹⁴⁸ La 5^{ième} journée de l'ALBATROS (Congrès international d'addictologie) a notamment porté sur le thème Comorbidités et addictions.

Avec les pharmaciens

A l'instar des professionnels des CAARUD, les pharmaciens sont en position de première ligne. Dans les années 90, ils ont constitué des acteurs clé du développement de la réduction des risques dans le champ de l'usage des drogues. Leur investissement dans un tel champ était fortement lié à la forte présence de l'héroïne et au combat mené contre le Sida dont l'épidémie connaissait alors son acmé. Il semble cependant qu'ils aient été nombreux à le désinvestir peu à peu avec l'arrivée de nouvelles thérapies¹⁴⁹ et le recul de l'épidémie. Aujourd'hui, leurs attitudes vis-à-vis des usagers qui viennent chercher soit des TSO¹⁵⁰, soit du matériel d'injection varient entre accueil et rejet, entre fermeture et ouverture.

Certains ont une certaine sensibilité, voire un engagement sans aller jusqu'à de la militance mais combien sont-ils dans le réseau, dans la distribution de stéribox, de jetons ou le traitement de méthadone ?

On a loupé le coche lorsque les gens mourraient du sida. Avec l'arrivée de la trithérapie, le sida est devenu moins grave. Les gens se sont démotivés. Tous les réseaux de pharmaciens militants dans les années 90 étaient liés à la lutte contre le sida. Aujourd'hui, il n'y a plus d'urgence !

Certains pharmaciens font montre d'une grande ouverture. Les professionnels découvrent parfois cela lorsqu'ils les prospectent en vue de leur fournir des kits et, parfois, des flyers explicitant le sens et l'utilité de cet outil RdR. Ils sont alors surpris de leur accueil positif, de leur accord pour distribuer les kits, de leur intérêt pour une telle démarche qui, selon eux, constitue une aide précieuse. Chez ces derniers, postures défensives et déni ont tendance à laisser place à des discussions ouvertes. S'inscrivant dans un tel contexte coopératif, un intervenant RdR approvisionne aujourd'hui nombre de pharmacies tous les matins en jetons.

Cette semaine, sur Pantin, un pharmacien était complètement d'accord. Si on lui ramène des kits, il les distribue. Parfois, on laisse des flyers. Pas mal de pharmaciens sont complètement d'accord et disent que ça les

¹⁴⁹ On parle ici souvent en termes de trithérapie parce que les traitements qui ont fait la preuve de la puissance antivirale la plus forte (en comparant efficacité, coût, toxicité, effets secondaires et qualité de vie des patients) sont composés d'une association de trois molécules différentes mais il existe aussi des quadrithérapies, des pentathérapies...

¹⁵⁰ TSO : traitement de substitution aux opiacés. Mis en place dès 1995, ce traitement repose sur deux médicaments : la méthadone, délivrée en centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) devenu depuis peu, on l'a déjà signalé, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et en médecine de ville, et la buprénorphine haut dosage (BHD), appelée encore subutex, prescrite en médecine de ville.

aide. Ils commencent à évoquer le sujet ouvertement. Avant, c'était : « Il y a pas de ça chez nous ! »

Le week-end, un petit groupe passait et vidait les automates, et ceux qui arrivaient derrière n'avaient plus rien. Des Tchétchènes vidaient les distributeurs et envoyaient ça dans leurs pays... Du coup, ils vont le samedi chercher des jetons à la pharmacie.

D'autres pharmaciens vivent leurs relations avec les usagers de drogues sur le mode de la tension et activent des défenses plutôt rigides. Prenant le parti de la fermeture, ils ne distribuent alors ni TSO, ni matériel, ni même jetons.¹⁵¹ C'est tout particulièrement le cas chez ceux qui sont complètement isolés et qui ne peuvent pas parler des difficultés qu'ils rencontrent faute de pouvoir disposer d'un accompagnement. Ceux-là, parfois, ne rejettent pas moins violemment les professionnels eux-mêmes qui viennent les prospecter. Mais le sens d'un tel rejet ne saurait s'épuiser dans la seule évocation d'une posture défensive. Chez certains d'entre eux, l'orientation commerciale peut l'emporter sur leur rôle d'acteur de la santé publique. Cela, sans doute plus souvent à Paris et dans sa Région qu'en Province où les officines sont plus rares, plus isolées sur le territoire et ne peuvent guère renvoyer les usagers sur une autre structure. Ceux-là craignent notamment que la présence des usagers de drogue ait pour effet de susciter chez leurs clients la peur de contracter le sida et, ce faisant, de provoquer leur fuite de l'officine. Ceux-là considèrent tout simplement que les désagréments et les risques liés à leur présence l'emportent sur les maigres gains financiers qu'elle est susceptible de procurer.

Aucune structure ne passe les voir pour leur proposer un appui, pour les inviter à parler de leurs difficultés afin de pouvoir ensemble trouver une solution. Là où ça se passe le moins bien, c'est là où il n'y a pas eu de travail avec les pharmaciens.

Près d'un plan, ça ne marche pas trop parce que le pharmacien est assailli du matin au soir et vite débordé. Au bout d'un moment, il craque et il dit : « je n'ai plus de jetons ! » ou : « je ne distribue plus de matériel ! »

Certains essaient parfois de chaparder dans sa pharmacie. Il vient nous chercher tout de suite !

On avait fait à l'époque du testing avec Asud sur Paris. On voulait voir ce que les pharmaciens proposaient quand on demandait une seringue, un kit ou quand on les questionnait sur la possibilité d'avoir un traitement de substitution. Beaucoup nous avaient jetés, parfois violemment... La plupart nous ont envoyés aux urgences ! J'ai eu une orientation vers un Csapa... une seule orientation sur 30 ! Pour les pompes, j'avais en général un

¹⁵¹ A l'aide d'un jeton, les usagers récupèrent des kits Stéribox dans les Distribox. Le kit Stéribox contient 2 seringues à insuline 1 ml, 2 flacons d'eau stérile pour préparation injectable, 2 tampons stériles, 2 Stéricup (coupelles de préparation) et 1 préservatif.

pharmacien qui pleurait en disant : « avec des vrais malades qui ont le diabète, je ne sais pas quoi faire des pompes, alors vous... » L'un d'entre eux m'a envoyé à la décharge...

Ils ont les derniers produits de beauté. Le poste essentiel, c'est la cosmétique et derrière, on a tout le paramédical. Les gens ne sont pas prêts à donner des pompes. Autour de Paris, on entend : « ce n'est pas grave, mon voisin va le faire ! » En province, en milieu plus rural, le pharmacien a un rôle de santé publique. Il n'a pas le choix, c'est le seul à 30 kilomètres à la ronde !

Quand tu habites dans le sud de la Charente maritime, tu ne peux pas venir tous les jours chercher ta métha au Csapa. Les pharmacies font des délivrances. Souvent, en milieu rural, elles mettent à disposition un local pour donner la méthadone à la personne qui arrive avec son ordonnance. Ils sont plus sensibilisés à ça ! Mais la moitié du département est au courant !

A Saint-Quentin en Picardie, il n'y a aucun Csapa. Donc, tu es obligé d'aller en pharmacie. Le pharmacien les fait passer derrière. Quand tu leur parles de RdR là-bas, ils ne connaissent même pas.

« Pour le peu à gagner et les risques que je prends avec les problèmes de violence... »

D'autres pharmaciens, enfin, sont dans un entre-deux, entre accueil et rejet. Ils ne distribuent pas (ou plus) de matériels d'injection stériles mais ils n'excluent pas pour autant les usagers de drogues. Ils leur donnent des jetons et leur indiquent l'adresse du CAARUD. Sous pression en raison de leur proximité avec les lieux de trafic, harcelés, maintes fois agressés, ils n'avaient peut-être, à un moment donné, guère d'autre choix que celui d'adopter une telle position réaliste et pragmatique. Un tel positionnement a un effet apaisant et pacificateur. Il évite que la relation s'envenime et devienne conflictuelle, voire violente.

On leur amène les jetons par parquet de 200. Les pharmaciens ne distribuent plus de kits, ils donnent des jetons. Ils leur disent : « Allez chercher votre matériels au CAARUD ! » Ils se sont tellement fait incendiés, agressés qu'ils ont pris le parti de devenir militants un peu forcés et contraints. On a de très bons liens avec eux, on les rencontre régulièrement. Des fois, ils nous orientent des personnes.

« Je n'ai pas de stéribox mais voici l'adresse ! » Ca apaise...

« Je vends à l'unité mais au coin de la rue, tu vas trouver le kit. »

Le travail que les professionnels doivent conduire auprès des pharmaciens est très chronophage et surtout très difficile. Notamment parce que ces derniers, on vient de le voir, ne sont pas toujours disposés à jouer leur rôle d'acteur de proximité et à remplir leur mission de santé publique. Mais il porte cependant parfois ses fruits.

Ainsi, suivant les conseils d'un professionnel, un pharmacien a décidé de vendre les seringues à l'unité lorsque l'utilisateur n'a pas l'argent pour acheter une boîte de dix ; prévenant, en procédant ainsi, une réaction violente de la part de ce dernier ; pacifiant la

relation avec lui. Il avait ensuite, lors de l'arrivée sur le marché du subutex, aménagé un espace dans son officine pour échanger avec les usagers autour des traitements de substitution.

Quand tu rentres dans l'officine, ils ne sont pas toujours disposés à te parler. C'est : « repassez tel jour ! » Alors qu'ils sont en première ligne. Les usagers vont souvent au plus près. Si le CAARUD est à 15 bornes, et le distributeur loin, ils vont à la pharmacie. Quand ils se font mal recevoir, ça va au clash !

Ils ne vont pas toujours au plus près... sur Bagnole, Montreuil, les pharmacies de quartier sont moins visées que celles des grosses avenues où tu es anonyme.

Quand le mec n'a pas la thune pour acheter les 10 pompes, qu'il a sa dose dans la poche et qu'il n'a pas de quoi se l'injecter, en général il n'est pas content et ça va au clash ! A partir du moment où le pharmacien lui dit 2 mots, ça fait redescendre les tensions.

Avec les équipes de prévention spécialisée

Les professionnels de la réduction des risques des CAARUD et ceux de la prévention spécialisée ont en commun des principes fondamentaux comme le respect de l'anonymat et la libre adhésion des usagers. Les uns comme les autres sont dans la proximité, « l'aller-vers » mais les publics sont différents : ceux de la prévention vont plutôt au-delà des jeunes « en difficultés » qui sont parfois dans le trafic et/ou la consommation ; ceux des CAARUD vont plutôt au-devant d'un public plus âgé, généralement en situation de grande précarité et dans un usage problématique de drogues. Ces derniers, de surcroît, font vivre la proximité non seulement en allant sur le territoire de l'autre mais aussi dans le cadre de l'accueil qu'ils organisent dans leurs locaux.

Dans certaines cités, les professionnels des CAARUD travaillent avec les éducateurs spécialisés de prévention. Ils prennent le parti de faire des maraudes avec eux, plutôt le matin afin de ne pas trop les « griller » vis-à-vis des jeunes qui pourraient les confondre avec des policiers. Dans d'autres cités, ils éprouvent beaucoup de difficultés à mener à bien une telle coopération. Peut-être parce qu'ils n'ont pas encore trouvé la bonne manière d'engager la relation avec eux. Peut-être aussi parce leurs interlocuteurs ne sont pas toujours bien implantés dans le quartier, suffisamment connus et reconnus par les jeunes. Peut-être, enfin, parce que leurs interlocuteurs ont tendance à taire les problèmes relatifs à la consommation des drogues. Positionnés dans une très (trop) grande proximité avec les jeunes et leurs familles, ils craindraient de perdre leur confiance. Feignant de ne pas savoir ce qu'ils savent, ces derniers participeraient parfois à l'omerta de l'ensemble de

la cité sur ces problèmes de consommation de drogues ; lesquels engagent aussi, en arrière-plan, ceux d'un trafic dont l'existence même requiert beaucoup de discrétion et ne tolère aucune intrusion.¹⁵²

Sur des villes comme Pantin, c'était intéressant de bosser avec des clubs de prév car ils sont bien connus des gamins. Tu maraudes avec eux tôt le matin pour qu'ils ne soient pas trop grillés. Des gamins les appellent au téléphone du haut de leur fenêtre : « c'est des keufs ? » Ils sont plutôt bien vus, et ont leur confiance.

Je n'ai jamais vraiment réussi à bosser avec les clubs de prév... Peut-être que je ne sais pas bosser avec eux.

Ils sont parfois de grands spécialistes du partenariat mais n'existent pas sur les quartiers.

Ils sont dans la cité et connaissent les familles. Les histoires de drogues, c'est tabou, on n'en parle pas comme ça ! Ils savent mais doivent faire comme s'ils ne savaient pas trop ! Nous, on est plus précis dans nos questionnements sur le côté « drogues ». Cela peut déranger parce qu'il y a aussi l'économie parallèle.

C'est comme si on mettait le nez dans leur business. Si on sait qu'il y a de la drogue, ça veut dire que la police peut savoir même si, la plupart du temps, elle est déjà au courant.

Ils sont au milieu des secrets et rien ne doit sortir. S'ils filent des informations et qu'elles sont mal utilisées, c'est dangereux pour la relation de confiance !

Avec les médiateurs

Les équipes des CAARUD coopèrent avec celles des médiateurs. Elles peuvent prendre l'initiative d'organiser avec ces professionnels une maraude afin d'échanger sur les différentes façons de travailler, sur les places et les missions respectives. Mais elles peuvent aussi poursuivre le même but en préférant organiser de temps en temps des rencontres avec eux. En fait, quelles que soient les modalités de cet échange, les interlocuteurs doivent être clairs sur son objet, sur ce que chacun peut attendre de l'autre. Les médiateurs font part aux professionnels des CAARUD de tout ce que leurs maraudes leur ont permis de voir et d'apprendre sur l'usage de drogues sur un territoire. Les professionnels des CAARUD font part à leurs interlocuteurs de tout ce que leurs maraudes leur ont permis de voir et d'apprendre sur les faits et événements susceptibles de porter atteinte au vivre-ensemble. Les professionnels des CAARUD tirent donc beaucoup de bénéfice de leur coopération avec ces professionnels même si, parfois, ils regrettent que le terme de médiateur soit une sorte de fourre-tout mêlant des intervenants bien formés à

¹⁵² JAMOULLE, P. & ROCHE, P. *Engagement des jeunes dans le trafic. Quelle prévention ?* Groupes Paris 19^{ième} & trans-périphériques, Mission de prévention des toxicomanies de la DASES, Mission de prévention des conduites à risques du CG93, FFSU, Directions de la cohésion sociale 75 & 93, Texte imprimé.

des grands frères ou encore des vigiles.

Ils nous envoient un compte rendu de leur maraude sur la partie toxicomanie... Nous, on peut leur faire remonter le bruit qui importune la vieille dame...

Avec les policiers

Les professionnels des CAARUD n'entrent guère en relation avec les policiers sauf lorsque les comportements et attitudes de ces derniers sont susceptibles de mettre à mal les pratiques de réduction des risques. C'est le cas lorsqu'ils sont présents à proximité des distributeurs ou des bus de RdR et plus encore lorsqu'ils procèdent, à ces endroits-là, à des interpellations d'usagers (par exemple, afin de pouvoir, dans le cadre de la garde en vue, obtenir des informations sur les réseaux de drogues). On comprend aisément qu'une telle présence puisse dissuader les usagers à venir chercher leur kit d'injection. Les professionnels de la réduction des risques sont ici proactifs. Ils n'attendent pas que les policiers changent leurs comportements. Ils contactent le commissariat afin de rappeler le cadre légal¹⁵³ de leur travail, expliciter son contenu et le sens des missions qui l'encadrent. Ils sont conduits à renouveler assez souvent une telle démarche en raison du fort turn-over qui caractérise aussi le monde de la police.

Ils sont au bout de la rue et ça casse tout le travail fait en amont. Les gars se cachent plutôt que de venir tranquillement chercher leur kit. Si une équipe fait plus de zèle que les autres, c'est le clash ! Si un usager leur dit qu'ils n'ont pas le droit, il finit au poste ! Ils l'arrêtent afin de savoir qui vend...

Derrière notre CAARUD, il y a des machines et des policiers s'arrêtent. A chaque fois, on appelle le commissariat pour remettre les choses au point. C'est ambigu parce que le policier peut dire : « la personne n'avait pas l'air bien, on est venu à son secours ! » Que la personne soit défoncée ou ait un problème de comportement. Ici, sur 3 ans, quasiment tous les usagers ont été en garde-à-vue au moins une fois.

Les collègues de l'équipe mobile rencontrent la police pour leur demander, notamment là où la Bac¹⁵⁴ intervient souvent, d'éviter d'interpeller les usagers quand ils viennent sur le camion.

Des plaintes viennent des usagers. Pour nous, ça signifie qu'il ne faut pas attendre. C'est souvent : « Moi, j'ai tous les droits ». Du moins, tant que leur capitaine ne leur explique pas...

Avec les habitants

¹⁵³ Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.

¹⁵⁴ Brigade anti-criminalité.

Les habitants peuvent jouer un rôle positif, notamment lorsqu'ils signalent aux professionnels la présence de seringues dans certains lieux ou encore lorsqu'ils les introduisent dans certains quartiers dont l'accès est réputé difficile. Ils réservent parfois un accueil chaleureux aux professionnels. C'est, par exemple, tout particulièrement le cas dans un quartier en raison de la présence forte de chibanis¹⁵⁵ dont l'entourage avait été durement frappé par l'épidémie du sida durant les années 80 et 90, en lien avec la consommation d'héroïne.

Mais reconnaissons qu'ils sont parfois, au contraire, peu coopérants parce que :

- la peur dans certains quartiers de subir des représailles de la part des usagers de drogues ne les pousse guère à leur signaler, par exemple, la présence de seringues dans certains lieux d'habitation,
- la méfiance peut être forte, notamment lorsque des personnes dans les familles sont engagées dans le trafic de drogues,
- Les incompréhensions suscitées par la démarche réduction des risques (RdR) sont encore prégnantes. Trop souvent cette dernière est encore perçue sur le mode d'une « incitation à se droguer » inacceptable, susceptible notamment de mettre en danger les enfants : « *Qu'est-ce que vous montrez à mes enfants parce que je ne veux pas qu'ils fassent ça !* »

Une personne m'a dit : « j'habite là, c'est l'enfer ! Dans les escaliers, il y a des seringues partout ! »

On essaie de rentrer dans une cité de Pantin mais c'est difficile. Une association de quartier nous a fait venir, nous a présenté la population. On va tout doucement parce ces lieux ont toujours été des lieux de deal... Maintenant, les petits frères ont repris le marché et on s'interroge sur la façon de réinvestir ces lieux très surveillés. Personne ne rentre sans leur accord. A Stains, on a été sollicité et on fait des maraudes à pied, en voiture. On a vu quelques usagers mais on a l'impression qu'ils sont en appartement et plutôt dans un cadre festif. Si on nous sollicite, c'est qu'il y a un problème, à nous de l'identifier et de savoir dans quelle optique on va travailler, de quelle façon on va approcher ce public.

Elle m'a dit : « Je ne vous ai rien dit parce que s'ils savent, ils me tombent dessus ! » On a trouvé une bonne vingtaine de seringues sur un escalier.

D'autres sont plus dans la méfiance surtout si on vend dans leur famille...

Les habitants ont toujours l'image : « qu'est-ce que vous montrez à mes enfants. Je ne veux pas qu'ils fassent ça ! »

¹⁵⁵ Le terme « chibani » signifie, en arabe algérien, « vieux » ou « ancien ».

Les gens ne comprennent pas : « qu'est-ce que tu fais ? Tu incites les gens à se droguer ? »

Comment alors coopérer d'une manière fructueuse avec les habitants ? Il n'y a sans doute pas ici une seule façon de s'y prendre. Mais ce qui est sûr, c'est que l'on ne saurait avancer qu'avec prudence et métis.¹⁵⁶ Les professionnels ne peuvent pas énoncer d'emblée à leur interlocuteur le sens de leur présence sur le territoire et de leur mission. Ils ne peuvent pas l'expliquer jusqu'au bout. Le fait même de prononcer les mots « usagers de drogues » et « seringues » ne suscite en général chez l'autre que défense : « *moi, je leur donne des coups de pied !* » et/ou indifférence : « *les seringues, j'en ai rien à foutre. Moi, je n'ai pas de chauffage dans mon immeuble !* »

Certains professionnels introduisent tout d'abord le fait qu'ils sont là pour aider « des gens en difficultés ». Si leur formulation de leur être-là est floue, elle n'est pas non plus fautive. Ce n'est que dans un deuxième temps, à la faveur d'une relation de confiance en construction, qu'ils précisent que « ces gens en difficultés consomment notamment de la drogue ». Le fait de dire ici « usagers de drogues » et « gens en difficulté qui notamment consomment de la drogue » ne peut être tenu pour équivalent. Dans la première formulation, c'est la consommation de drogues qui définit (et finit) la personne. Elle n'est finalement que d'être un usager de drogues. Et rien d'autre. Il y a un processus de substantification (ou de substantivation dans l'ordre du langage). Dans la deuxième formulation, la consommation de drogues n'est qu'un attribut parmi d'autres comme le souligne l'adverbe « notamment ». Et, de surcroît, la consommation n'est placée, dans l'énoncé, qu'après le fait d'être en difficulté. Parce qu'ils ont appris à tenir des propos qui n'activent pas chez l'autre des défenses rigides, voire violentes, les professionnels peuvent alors introduire la problématique du ramassage des seringues et, au-delà, la Réduction des Risques (RdR), en montrant tout ce que cette dernière pratique a pu apporter en termes de santé publique.

A chaque fois, on essaie une stratégie différente. Il n'y a pas une solution, il y en a 10 000 !

Si je dis d'entrée : « usagers de drogues », on risque de me répondre : « moi, je leur donne des coups de pied... »

« Les seringues, j'en ai rien à foutre. Moi, je n'ai pas de chauffage dans mon immeuble... »

¹⁵⁶ La métis est « un ensemble complexe mais très cohérent d'attitudes mentales, de comportements intellectuels (combinant) le flair, la sagacité, la prévision, la souplesse d'esprit, la feinte, la débrouillardise, l'attention vigilante, le sens de l'opportunité, des habilités diverses, une expérience longuement acquise. » DETIENNE, M. ; VERNANT, J.P. 1993. *Les ruses de l'intelligence ? La métis des grecs*. Paris, Flammarion, Champs.

La drogue fait peur, c'est compliqué. Vous y allez doucement... vous ne parlez pas de drogues...

« Vous donnez des seringues !? » Je leur réponds : « Oui, je préfère faire ça plutôt qu'ils se passent une seringue à 20 ! » A une époque, c'était ça ! La seringue était cachée dans les escaliers, derrière avec un citron moisi et ils se la passaient, d'où VIH, sida... J'ai eu le malheur de voir ça dans ma cité. Quand je descendais les escaliers, les plus grands étaient en train de faire des overdoses. Je ne souhaite ça à personne, ça marque. Je me rappelle encore des copains morts dans les escaliers : « pourquoi il est bleu ? » ; « ah il est mort ! » Je dis aux gens : « vous aimeriez voir des gens le faire dans votre escalier ? » ; « ah non surtout pas ! » ; « alors il faut leur donner un endroit pour le faire ! » Là, les gens commencent à réfléchir : « ah ! Il n'a pas si tort que ça ! »

Avec les dealers

Que des personnes soient en contact avec les usagers de drogues suscite chez les dealers de l'incompréhension mais aussi de l'inquiétude, de la méfiance, des soupçons car celles-ci pourraient appartenir à la police. Certains approchent alors les professionnels pour les interroger sur le sens de leur présence auprès des usagers de drogue, sur leur identité.

La manière d'être du professionnel, sa façon de se mouvoir physiquement, de se tenir, les gestes qu'il pose et les postures qu'il prend, tout ce que l'on nomme parfois son hexis et, plus largement, son habitus¹⁵⁷ peut d'entrée faire obstacle ou, au contraire, constituer un atout précieux. Un tel sera « grillé » parce qu'il a une « dégaine » et une « tête de keuf » ; tel autre « passera », notamment en raison de sa petitesse qui lui interdit de faire partie de la police.

Les dealers tiennent ici le pavé. Ils passent et regardent ce qu'on fait sur le bus. Ils surveillent. Au début, ils nous demandaient : « qu'est-ce que vous faites ? » On leur a dit que l'on avait un programme d'échange de seringues. Après explication, ils ne restent pas mais ils passent de temps en temps...

Sans doute devons-nous aussi ne pas nous en tenir à une figure trop abstraite et indifférenciée du « dealer ». Nous ne confondrons pas les revendeurs qui s'insèrent dans une vaste organisation fortement hiérarchisée et les usagers-revendeurs. Les professionnels ne peuvent en général guère espérer des premiers, seulement peut-être leur non-intervention, leur neutralisation, le fait qu'ils cessent d'être suspicieux, voire dangereux vis-à-vis d'eux, le fait qu'ils les laissent travailler, intervenir auprès des usagers de drogues. Ils peuvent, par contre, ouvrir le dialogue avec les seconds.¹⁵⁸

¹⁵⁷ En tant qu'ensemble de dispositions incarnées de façon durable dans un corps. Se reporter notamment à BOURDIEU P. 1980. *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, pp. 133-136.

¹⁵⁸ S'inscrivant dans cette perspective, l'Association française de réduction des risques (AFR) organise des formations en direction des intervenants qui sont en lien avec des usagers revendeurs. Se reporter aussi à

Maintenant, les dealers sont des employés. Les équipes tournent. Il y a en a un qui nous a agressés mais il s'est fait reprendre par le groupe...

Tu peux te ramasser un coup de couteau !

On ne va pas leur dire que l'on sait qu'ils vendent et je ne sais pas s'ils savent qu'on donne du matériel... On y va tranquillement avec les préservatifs...

C'est plus simple avec les usagers revendeurs qu'avec les autres qui sont des pions...

Intercompréhension et dialogue

Les intervenants tentent de favoriser l'intercompréhension et le dialogue entre les différents acteurs. Ils peuvent par exemple, intervenir auprès des habitants dont la vie quotidienne est parfois marquée, perturbée par l'ampleur et la forte visibilité de l'usage de crack. Ils les invitent dans le local du CAARUD afin d'explicitier le sens de leur travail et, au-delà, de leur mission. Dans ce travail, il leur faut parfois s'arrêter longuement sur les mots afin de combattre les représentations qui contrarient, voire empêchent la diffusion des idées et des valeurs propres à la réduction des risques. Il leur faut, par exemple, faire entendre aux riverains qu'il ne faut pas psychiatriser l'usage de drogues, et notamment rabattre tous les consommateurs sur la figure du « toxicomane » et, *a fortiori*, du « toxicomane violent et dangereux ».

A Saint-Denis, l'usage du crack est plus important qu'à Bondy ou même Montreuil... On ouvre régulièrement le CAARUD à la population...

Si les gens ne commencent pas à flipper dès qu'ils apprennent qu'un mec s'est pris une aiguille dans le bras, ce serait déjà pas mal !

Les habitants ont peur. Nous, on tente d'aller vers eux pour leur expliquer que les risques sont minimes. On a un rôle pédagogique, un rôle d'information...

L'intervention auprès des autres professionnels n'est guère différente parfois quant à son objectif que celle conduite auprès des habitants. Car, là aussi, il faut inlassablement et sans se décourager expliquer à ses interlocuteurs que les usagers de drogues ne sont pas tous, loin s'en faut, des toxicomanes dangereux.

Les professionnels des CAARUD peuvent aussi, dans certains cas, intervenir auprès

BENSO, V. 2010. « Usagers-revendeurs, les oubliés de la réduction des risques », Techno+, SWAPS, édité par l'association Promotion de l'Information Scientifique, Thérapeutique, Epidémiologique sur le Sida (PISTES).

des usagers de drogues afin de leur demander de ne pas nuire à la tranquillité publique, voire de ne pas mettre en danger autrui par leurs comportements.

Ainsi, un participant à la démarche a évoqué le fait que ses collègues et lui avaient pu constater, lors d'une maraude, que des seringues avaient été plantées dans les arbres. Tout en s'interrogeant sur le sens d'un tel acte (attitude provocatrice ou forme d'insouciance, d'inconscience ou encore d'irresponsabilité ?), ils ont tenté de favoriser le dialogue. Pressés par les veilleurs qui menaçaient d'intervenir de façon plus « musclée », ils sont allés au-devant des usagers pour leur demander de pratiquer leur injection ailleurs et de ne pas planter leurs seringues usagées dans les arbres.

Dans un autre registre, ils peuvent tenter de calmer les usagers qui répondent violemment à la violence qu'ils subissent, on l'a déjà signalé plus haut, lorsqu'ils entreprennent des démarches dans le monde administratif.

Lors d'interventions dans des CMS¹⁵⁹, on m'a dit : « est-ce qu'il est vraiment violent ? » Mais : « est-ce que vous, vous n'êtes pas violent ? » L'usager de drogues qui est à la rue a souvent peur du médical et il a des raisons d'avoir peur. Il ne faut pas s'étonner que ça explose...

Des seringues plantées dans les arbres du parc de l'hôpital... ce n'est pas possible de faire des trucs comme ça ! Est-ce de la provocation ! N'importe quel enfant qui passe à côté va y toucher ! Ça fait peur ! On se demande si ces personnes réfléchissent. Les veilleurs nous disent : « On en a marre et on connaît les gens. Aidez-nous parce qu'on va sévir ! » Ils les ont filmés. Donc, on leur réexplique qu'ils ont l'opportunité de le faire ailleurs.

En même temps, les pompes sur les rejets des branches, c'est mieux que par terre !

Les usagers de drogues n'ont pas les codes pour demander et ils pètent les câbles... « Calme-toi, tape dans un mur, ne tape pas sur la personne ! » Ça devient insupportable ! Ils ne comprennent pas pourquoi une démarche simple devient super compliquée.

Notons enfin que les professionnels s'interposent parfois entre les différents groupes d'usagers afin de contrer les logiques de stigmatisation qui y sont à l'œuvre.

Lorsqu'une personne prend un kit et qu'elle se fait mal regardée par une personne qui est alcoolo, on est obligé d'intervenir...

¹⁵⁹ CMS : Centre municipal de santé.

Evaluation

Nous consacrerons ce chapitre à l'évaluation. Nous présenterons très brièvement les deux rapports d'activité qui lui fournissent la matière. Nous tenterons d'expliquer pourquoi cette évaluation, aujourd'hui, occulte plutôt qu'éclaire le travail réel et, ce faisant, est susceptible, parfois, d'impacter négativement les pratiques. Nous tenterons enfin de poser les premières pierres d'une autre démarche évaluative, plus respectueuse de la pratique.

Elaboration de rapports d'activité

Aujourd'hui, les professionnels des CAARUD doivent rédiger deux rapports d'activité. Le premier est le rapport d'Activité Standardisé Annuel (ASA-CAARUD). Il s'agit d'un rapport type qui repose, pour l'essentiel, sur des indicateurs d'activité quantitatifs : file active annuelle et nombre de contacts annuels (sur le local principal, sur les unités mobiles, lors des interventions de rue, en squat, en prisons...), nombre de passages au stand et nombre d'entretiens (en milieu festif), pourcentage des produits consommés par les personnes de la file active (héroïne, subutex, méthadone, crack...), modalités de réalisation des actes (entretiens individuels, visites, accompagnement physique, orientation...), nombres d'actes annuels (accueil, RdR, hygiène, soins, dépistages et vaccinations, démarches d'accès aux droits sociaux, logement, formation et emploi), nombre de matériels de prévention mis à disposition des usagers, nombre de kits fournis aux pharmacies, nombre de seringues usagées récupérées, médiation sociale (autorité locale, police, riverains...), participation au dispositif de veille (sur les produits, les profils des consommateurs, les modes d'administration...). Ce rapport est destiné à la Direction générale de la santé (DGS) et constitue une base pour établir des statistiques au niveau national. Il permet d'observer les évolutions du territoire, de vérifier l'adéquation des moyens aux besoins du territoire et d'apprécier la pertinence d'une politique publique par rapport à l'objectif poursuivi.

Le second rapport d'activité est de nature plus qualitative. Il a pour objectif d'explicitier les modes de calcul des indicateurs utilisés dans ASA-CAARUD et de leur donner sens. Il

est plus particulièrement destiné aux services de l'ARS plus soucieux de pouvoir disposer d'une information sur l'activité réelle du CAARUD, sur les événements qui ont jalonné l'année qui vient de s'écouler, sur les difficultés qu'il rencontre ; plus soucieux d'éclairer les évolutions quantitatives qui ont pu être dégagées dans le premier rapport.

Occultation du travail réel

Pour les professionnels, il est difficile de mesurer une activité qui n'est pas productrice de biens matériels et qui, le plus souvent, ne permet d'obtenir des résultats que sur le long terme.

Comment prendre en compte les spécificités du public des CAARUD, ses difficultés, sa galère, ses comportements imprévisibles ? Comment prendre la mesure des progrès réalisés par un usager de drogues car ce qui, ici, peut paraître banal, voire quasi insignifiant pour un regard extérieur peut constituer une avancée réelle, significative et parfois considérable, voire inespérée pour lui : le fait, par exemple, qu'il vienne régulièrement aux rendez-vous, qu'il prenne une douche, qu'il ait une carte d'identité...

Je ne peux pas dire : « Aujourd'hui, j'ai conditionné 20 boîtes à l'heure ! » Le problème se pose pour toutes les professions qui touchent à l'humain.

- *c'est génial, au bout d'un an et demi de prise en charge, il va tout seul à Pôle emploi !*
- *Mais il ne faut pas un an et demi !*
- *Mais si, et parfois ça ne suffit pas !*

Comment on explique ça à des financeurs ? S'ils ont envie de se taper un délire, s'ils partent dans le sud de la France et reviennent un an et demi après, il faut tout recommencer. L'errance fait partie de leur problématique.

- *Lui, vous l'avez vu il y a 2 ans et il n'y a toujours pas de CMU !?*
- *entre les deux, il y a eu des trucs ! »*
- *Comment ça se fait que vous l'avez vu qu'une fois ?*
- *On ne l'a pas attaché au radiateur !*

Les modes d'évaluation en jeu dans le rapport ASA-CAARUD occultent une part importante du travail réel accompli par les professionnels. Ils ne prennent pas en compte les efforts que les professionnels doivent déployer dans leur pratique d'accompagnement, l'ingéniosité et la ténacité dont ils doivent faire preuve. Il ne suffit pas de compter le nombre d'usagers de drogues reçues ou de matériels distribués, il

faudrait encore compter le nombre de coups de téléphone donnés et, surtout peut-être, prendre en compte tout ce qui ne peut être compté.¹⁶⁰

L'usage d'indicateurs quantitatifs ne saurait en effet suffire ici. Sachant qu'un nombre faible peut cacher une activité intense et de qualité. Une telle pratique laisse notamment dans l'obscurité des moments clés de l'activité lorsque cette dernière ne répond pas à la représentation du travail qu'ils véhiculent ; lorsque, par exemple, elle prend la forme d'une conversation entre un professionnel et un usager de drogues autour d'un café ou sur d'une cigarette sur un banc public. La parole, pourtant, ne se libère souvent que dans ces moments-là et dans de tels lieux interstitiels. Mais comment mettre en mots, écrire, ce qui, dans leur pratique professionnelle, relève du vécu, de l'affect ?

Dans les rapports d'activité, il y a : « on a eu tant de passages et distribué tant de kits » mais ils ne nous demandent pas combien d'heures au téléphone pour une personne. Est-ce qu'on décompte les 12 coups de téléphone, les 45 minutes qu'on a passées avec le Boléro de Ravel parce que ça ne répond pas à la CMU ou à la MDPH ?

Depuis un an, un usager attendait son renouvellement de RQTH. Vous appelez la MDPH et ça ne répond jamais. Il s'est déplacé deux fois, on lui a dit : « ça va venir ». Un an ! Les courriers que vous faites pour relancer le dossier, les déplacements, tout ça, ça n'apparaît pas dans l'évaluation de notre travail au quotidien ! L'autre, ça fait un an qu'il attend, l'AAH est son seul revenu ! Il crève la dalle. Il ne comprend pas. C'est une avancée quand l'usager ne pète plus un boulard¹⁶¹ parce que ça ne répond pas à la MDPH. Tout ça fait partie du quotidien de la prise en charge et ce n'est pas quantifiable. Mais les financeurs veulent des chiffres !

L'évaluation quantitative ne rend pas compte en réalité de tout de ce qui se passe dans les structures. La bonne solution, c'est que chaque structure pense ou adapte ses outils pour pouvoir rendre compte de ce qu'elle fait.

On va faire les statistiques mais c'est la première rencontre qui est importante ! Est-ce qu'on a bien compris pourquoi on est ensemble ce jour-là ? Et puis jusqu'où on peut aller !

Tu es en train de fumer une clope sur un banc avec un mec qui tise¹⁶² et on te dit : « tu fous rien ! » alors qu'on en fait beaucoup plus que dans 50 entretiens dans un bureau !

Quand on prend un café avec un mec, qu'on discute une demi-heure avec lui, les gens ont l'impression qu'on ne boit qu'un café.

Tous les actes ne sont pas quantifiables. Le rendez-vous formel terminé, vous fumez la clope et il vous lâche le morceau...

A l'écrit, c'est difficile de transposer des situations vécues, des émotions, des sentiments en mots... C'est difficile pour une activité qui ne se matérialise pas tout de suite, qui est sur la durée.

¹⁶⁰ AMADO, G. & ENRIQUEZ, E. (dir.) 2009. La passion évaluative, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°8, Érès.

¹⁶¹ « Péter un boulard » signifie en argot « mal tourner » ou « devenir fou ».

¹⁶² « Tiser » signifie en argot « boire une boisson alcoolisée ».

Une équipe de professionnels a pu mesurer combien le fait de ne plus pouvoir utiliser une base de données propre à la structure¹⁶³ et de se contenter de la version Asa-CAARUD a pu renforcer les mécanismes d'occultation du travail réel. Ainsi, lorsqu'un professionnel indique seulement « orientation » ou « maintien dans le logement », il ne rend pas compte des contenus concrets de son activité d'accompagnement, et notamment de la forte diversité des formes qu'elle peut prendre et des temps qu'elle requiert selon les usagers, leur degré d'autonomie et/ou leurs difficultés. Pour tel usager, l'accompagnement ne durera que 10 minutes, notamment parce qu'il est capable de remplir des dossiers de façon autonome ; pour tel autre, il s'étalera sur un mois.

On avait des infos sur les produits consommés, les orientations, plein de choses pointues pour chaque usager, mais c'était propre à notre CAARUD, une base interne, à laquelle on n'avait pas accès, sauf le directeur. On nous a demandé de ne plus travailler avec cette base-là. Donc, j'ai fait un rapport d'activité creux qui ne reflète pas du tout les difficultés au quotidien. Avec des chiffres lambda, on a reçu tant de femmes, tant d'hommes !

Les professionnels des CAARUD subissent-ils des pressions pour « faire du chiffre » ? Non et oui, semble-t-il. Non parce que nul objectif chiffré (en matière de nombre d'accueils, d'accompagnements, d'orientations...) n'est fixé et ne leur est imposé. Mais aussi oui parce que la lecture du bilan de l'année, tel qu'il a été établi selon les modes de calcul en vigueur des indicateurs, peut leur donner l'impression qu'ils n'auraient guère travaillé et surtout obtenu de résultats.

On n'a pas la pression à faire du chiffre mais notre ressenti, quand on voit comment c'est retranscrit, c'est qu'on n'en fait pas assez !

¹⁶³ En lien avec les nouvelles obligations liées à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Affects et valeurs

Le travail est une activité qui mobilise des affects et qui nous projette dans le monde de l'éthique. Nous structurerons notre dernier chapitre en quatre temps. Les deux premiers seront consacrés aux affects ; l'un à ceux qui se situent sur le pôle plaisir, notamment en lien avec la possibilité d'apprécier les résultats de ses efforts et l'autre à ceux qui se situent sur le pôle souffrance, notamment en lien avec le fait d'être empêché de poser des actes professionnels suffisamment aidants pour l'utilisateur de drogues. Les deux derniers seront consacrés à l'éthique, plus précisément à ce que nous nommons l'éthique de la proximité ; une éthique qui, on le verra, engage les dimensions de la fidélité et de la décision.¹⁶⁴

Plaisir

Reconnaissons que le plaisir, dans le monde du travail, surgit souvent dans un achèvement (jugé) positif de l'acte professionnel et, en cela, dans la réduction de la tension propre à l'activité. Il s'exprime alors tout particulièrement dans la tonalité de l'affect fierté. Les salariés peuvent en effet être fiers de certains résultats obtenus dans le cadre de leur activité professionnelle et d'autant plus fiers qu'ils ont dû, pour cela, affronter des difficultés et surmonter des obstacles, faire preuve de métis et ne pas ménager leurs efforts.¹⁶⁵

Pour les professionnels des CAARUD, le plaisir naît notamment de la possibilité de « palper » le travail accompli, de pouvoir énoncer ses résultats concrets pour tel ou tel usager. Des résultats qui, parfois, ne font sens - on vient de le souligner - que pour l'utilisateur et eux-mêmes parce que situés hors du champ balayé par le regard évaluateur

¹⁶⁴ BADIOU, A. 1993. Op.cit. Nous nous sommes appuyés sur les réflexions philosophiques de cet auteur pour dégager les dimensions éthiques du positionnement de proximité. ROCHE, P. 2007. « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°3, Toulouse, érès

¹⁶⁵ ROCHE, P. 2010. « Droit au plaisir et critique des 'risques psychosociaux' ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°12, érès.

dominant. Quels sont ces résultats sinon, par exemple, l'obtention d'une carte d'identité, le fait qu'un usager de drogues puisse désormais se rendre à Pôle emploi ou « danser en faisant le ménage au sein du CAARUD », ou encore qu'une personne ancienne prostituée décline leur offre d'hébergement en hôtel pour la période hivernale car désormais stabilisée sur un logement. Un tel plaisir donne suffisamment de forces et de courage pour pouvoir affronter les échecs que l'agir (dans un contexte où rien n'est jamais acquis) réserve et les déceptions qu'il ne cesse de susciter.

Il me suffit de pas grand-chose pour être content mais il faut pouvoir dire : « on a réussi ça, on a fait ça avec telle personne... »

A PROSES, on a une bonne dynamique. Tout a été refait, la peinture, belle lumière, bel accueil. On met du reggae, des usagers dansent avec la serpillière. Ça fait plaisir. Le gars, dans sa souffrance, a un petit moment de plaisir.

On a besoin de résultats parce qu'on tombe sur des situations pas possibles.

On a besoin de résultats parce qu'on s'interroge sur : « à quoi on sert, où mène-t-on les gens ? »

« Non, je n'ai pas besoin d'hôtel, certains en ont plus besoin que moi ! » Là, on se dit que ça fonctionne.

Souffrance

Les professionnels des CAARUD entrent en souffrance lorsque leur activité est entravée, voire empêchée, le plus souvent faute de pouvoir disposer sur le versant institutionnel des moyens qui leur permettraient de répondre aux besoins des usagers.

Ainsi, le fait de devoir attendre dans un climat dominé par l'anxiété une réponse du 115 pour pouvoir être « inscrit » et hébergé pour la nuit fait violence aux usagers mais aussi aux professionnels de première ligne. Parfois, la réponse est positive mais advient trop tardivement parce que le professionnel a perdu tout contact avec l'utilisateur ; parfois, elle ne parvient pas ou est négative et le professionnel est contraint de lui signifier qu'il devra dormir dans la rue. Les professionnels souffrent aussi de devoir signifier à une personne qu'ils ont réussie à héberger dans leur pavillon ou dans une chambre d'hôtel qu'il lui faut retourner à la rue parce que c'est la fin de la trêve hivernale. Ils souffrent, enfin, d'être trop souvent confrontés à des décisions inacceptables, insupportables ; d'apprendre, par exemple, qu'un sortant de prison est, dans le cadre de sa prise en charge en postcure, privé de sortie pendant trois mois. Ils sont souvent conduits à se poser des questions sur

leur utilité, sur la finalité de leur mission. Des sentiments d'impuissance, d'échec, voire de rage mais aussi, parfois, de culpabilité, voire de honte dominant alors leur affectivité.

Ils ont envie de bouger leur vie mais ils ont eu tellement d'échecs que c'est compliqué. Nous, on n'a pas grand-chose à leur proposer. On est les premiers à les recevoir et après, on fait quoi ?

On intervient pour que la drogue ait l'impact le moins négatif possible dans la vie de la personne mais derrière il y a des milliers d'autres problèmes et on ne connaît pas leur portée dans sa vie. C'est violent quand on a mis le doigt dans quelque chose de douloureux et que nous n'avons pas les moyens d'y faire face.

Il sort de taule ! Pour aller mieux, on va l'enfermer trois mois ! Il y a de quoi péter les plombs !

Beaucoup sont épuisés. Je vois leurs mains et je leur dis : « tu ne veux pas qu'on discute ? » ; « Ah non ! Tu me donnes mon matos et je m'en vais » Qu'est-ce qu'on peut répondre ? Rien. On est frustré. On se dit : « j'ai loupé encore un truc ! »

Le mec ne sait pas où dormir le soir. Vous appelez pendant 4 heures le 115 et personne ne répond. Cette violence est faite aussi à nous en tant que travailleur social parce que dire à un mec : « tu vas dormir dehors » alors que vous rentrez chez vous le soir, au chaud avec vos mômes !

Le 115 ne nous avaient pas appelés pour quelqu'un. Il est arrivé devant le CAARUD. J'étais obligé de lui dire : « t'es pas inscrit ». Ils ont appelé un peu après. J'ai couru derrière mais je ne l'ai pas retrouvé. Là, c'est le désarroi !

Ethique de la fidélité

J'ai toujours dit : « le jour où je serais sorti du produit, j'aiderais les autres » Ça s'est présenté, j'ai sauté sur l'occasion. J'ai une vision à l'ancienne mais je pense que j'ai raison ! Quand je donne mon numéro, je dis à la personne : « tu m'appelles à n'importe quelle heure si ça ne va pas ! » Mon éducateur référent me disait cela. Je l'appelais et ça allait beaucoup mieux après ! J'applique ce qu'on m'a appris. Ça peut être un samedi. Ça va m'ennuyer mais ça veut dire qu'il ne peut pas attendre le lundi ! Notre boulot, c'est d'être présent.

Tout se passe comme si l'intervenant dont nous venons de restituer les propos ne pouvait que s'engager dans la réduction des risques et le champ de la toxicomanie. Il y a là bien plus que le choix d'un travail intéressant, passionnant ; il y a là un parti pris éthique qui, d'emblée, s'impose sur le mode de la nécessité, revêt pour lui un caractère naturel, normal, pleinement légitime ; qui ne mérite pas d'être un seul instant questionné. Plus précisément, il y a là une éthique de la fidélité à ce qui a pu faire événement dans sa vie : sa sortie du « produit ». Fidélité, donc, a une décision prise à l'occasion de cette sortie, à une manière d'être et de faire. Volonté de rendre ce qui lui avait été donné par son éducateur, de faire bénéficier à d'autres ce dont il a pu bénéficier ; de s'inscrire dans une logique du don et du contre-don (en signifiant à la personne qui lui fait face qu'elle peut

l'interpeller à n'importe quel moment, pas seulement pendant le temps de travail).¹⁶⁶ Surtout que cet éducateur, souvent, ne lui avait donné que cette présence, que cette écoute, que cette attention mais que celles-ci lui avaient permis, à chaque fois, d'aller mieux, de retrouver un peu plus de confiance. S'il concède avoir une vision à l'ancienne, pour reprendre son expression, il ne cède pas pour autant sur cette exigence-là.

La plupart des professionnels, au sein de l'équipe qui a participé à la recherche-intervention, partagent, au-delà de ce qui les différencie, quelque chose d'un tel positionnement éthique, d'une telle façon d'être présent à l'autre. Que ce métier soit aussi un combat militant, persévérance et disponibilité en témoigne.

Les professionnels continuent à tracer un même sillon, en continuant parfois celui de l'autosupport, même si la professionnalisation requiert d'eux quelques ruptures dans leurs positionnements, notamment vis-à-vis des institutions. Ils persévèrent dans une manière d'être qui a été le fruit d'une décision prise à l'occasion d'un événement biographique. Ils ne se découragent jamais bien longtemps, sont toujours prêts à recommencer le matin ce qu'ils auraient volontiers abandonné la veille au soir. Ils doivent sans cesse ré-interpeller les usagers même s'ils sont parfois dans le refus, tenter de progresser pas à pas avec eux même s'ils esquissent, souvent contre toute attente et sans qu'ils en comprennent tout à fait les raisons, des mouvements de recul. Alors, bien sûr, il y a tout ce qui n'a pas eu lieu, tout ce qui n'a pas pu se poursuivre, se consolider, se pérenniser mais il y a aussi tout ce qui commence à poindre et qui pousse à aller de l'avant. Plus loin, beaucoup plus loin et qui peut alors constituer un point d'appui pour l'action, faire tremplin.

A la base, moi, c'est l'autosupport. On me reproche d'être têtu mais je suis fier de l'être ! Chaque personne de la RdR est têtue, bornée et a envie de se battre. Le matin, je sais pourquoi je me lève. L'addiction, vu les dégâts que ça fait, il faut la combattre. Des gens comptent sur nous. Si le CAARUD n'ouvre pas, ils ne peuvent pas se laver, téléphoner à leurs familles. On s'empêche d'être malade ! Au début, je ne le pensais pas comme ça mais je me rends compte qu'on devient militant.

La première année, on lui a proposé une place de stab. Ça n'a pas été possible car c'était trop loin de la scène de Saint-Denis. La seconde année, elle a tenu 2 ou 3 mois. Elle est revenue et elle a plié bagages une semaine avant la fin de la période hivernale. A chaque fois, on a pu avoir une approche un peu meilleure et l'important, c'est qu'elle a fait sa pièce d'identité. Quelque chose s'est mis en place, et ce sera pour l'année prochaine.

¹⁶⁶ MAUSS, M. 1950. « Essai sur le don », *Sociologie et anthropologie*, recueil de textes, préface de Claude Lévi-Strauss, Paris, Presses universitaires de France.

Ethique de la décision

Un tel faire engage aussi une éthique de la décision. Les professionnels sont souvent confrontés au fait de devoir prendre des décisions difficiles parce qu'elles leur demandent d'arbitrer entre différentes contraintes, de prendre en compte des exigences contradictoires. Des décisions difficiles parce que leurs conséquences sont, dans certains cas, peu prévisibles et susceptibles d'aggraver la situation sociale et sanitaire de leur interlocuteur.¹⁶⁷

Faut-il « prendre sur le CAARUD » cette personne-là même si elle est encore très jeune lorsqu'on devine, grâce à certains signes, qu'elle est une injectrice ? Faut-il apporter une aide financière à une personne lorsqu'on sait qu'elle est susceptible de la précariser plus encore si elle l'utilise pour acheter de la drogue ?¹⁶⁸ Faut-il permettre à un usager de drogue de rentrer en cure à l'hôpital si l'on juge que sa demande est étayée et que l'on dispose, en même temps, d'une opportunité pour cela sans attendre l'échange collectif du vendredi ?

On est parfois seul sur un site et il faut répondre à la question.

On sait qu'elle injecte, ça a laissé une plaie ouverte mais on a eu peur de la prendre sur le CAARUD parce qu'elle était trop jeune. Je ne voudrais pas qu'on se loupe une deuxième fois !

Si on lui trouve une aide, est-ce qu'il ne va pas mettre l'argent dans le produit et se précariser ? Mais on ne peut pas préjuger de ce qu'il va faire. Il avait besoin d'aide, on lui en a trouvé une ! Après, c'est à nous d'avoir le discours : « ne mets pas tout ton RSA dans les produits ? Garde une partie... »

Si je sens que c'est légitime de faire ça, je le fais. On va me dire : « Qu'est-ce que t'as fait ? T'aurais pas dû ! » ; « D'accord, mais on a réussi à avoir un hébergement » ; « ah c'est pas mal quand même ! » Avec une

¹⁶⁷ « L'ordre éthique consiste essentiellement dans la décision immédiate. » HEGEL, GWF. (1807]-1993. *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Gallimard, bibliothèque de philosophie. On retrouve, selon nous, cette éthique de la décision dans d'autres professions. C'est le cas, par exemple, dans le domaine de la santé, des médecins du travail autour de la décision d'inaptitude ou d'aptitude avec restriction. Doivent-ils prendre une telle décision sachant qu'elle a pour but de protéger la santé du salarié mais qu'elle est aussi susceptible de se solder pour ce dernier par une exclusion renforcée au sein de l'entreprise, voire, à terme, par une perte de l'emploi ? HUEZ, D. 1994. *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros. Sur cette question, on peut notamment se reporter dans le cadre de cet ouvrage à la postface de Christophe DEJOURS, pp. 347-357.

¹⁶⁸ « Quel intérêt tu as à ce que tout ton RSA passe dans les produits ? Ça peut être intéressant que tu en gardes une partie ! » Le professionnel ne doit pas hésiter à faire ce qu'il y a à faire, notamment en permettant à l'usager de percevoir le RSA. Mais il doit dans le même mouvement le conseiller afin qu'il n'utilise pas cet argent uniquement pour l'achat de drogues. Défense des droits de l'usager et réduction des risques vont de pair.

collègue, on devait payer le billet aller-retour pour une personne qui devait rentrer en cure. La première réponse, c'était non. J'ai dit à ma collègue d'attendre et de reposer la question et le lendemain, la réponse a été oui.

Les professionnels sont souvent conduits à prendre de telles décisions en s'appuyant sur leur propre subjectivité, à foncer dès lors qu'ils estiment que le champ des possibles s'ouvre ou plutôt commence à s'entrouvrir pour aider concrètement un usager. Pour eux, la réduction des risques s'inscrit dans une temporalité telle qu'elle exige souvent qu'ils délibèrent très rapidement en leur for intérieur et prennent les devants en s'engageant dans l'action, sans attendre la réunion d'équipe et, souvent aussi, sans prendre le temps de se référer à leur hiérarchie, quitte ensuite à s'exposer à ses reproches.

Parce qu'ils foncent ainsi, ils sont désignés par la notion d'électrons libres. Parce qu'ils font preuve d'entêtement, de persévérance, parce qu'ils savent, grâce à leur propre expérience, qu'il n'y a pas d'autres façons d'être au travail qui permettent de s'en sortir, ils peuvent être taxés d'être têtus, bornés.

Cette personne n'a jamais rien demandé et ce jour-là, elle me demande. Il y a des moments, si tu les laisses passer...

Un week-end, un gars veut rentrer en post-cure. On ne l'a pas fait rentrer, il est décédé dans la rue...

« Dans vos équipes, vous foncez tous ! » Là, sur le bus, on a été 4 cette semaine alors que notre chef de service voulait qu'on soit 2. On a eu des infos et on a vu un pharmacien. S'il est prêt à prendre nos seringues, on s'y retrouve ! Électron libre, c'est, à un moment précis, s'engouffrer lorsque les portes s'ouvrent un tout petit peu. Si on n'arrive pas à la garder ouverte, on n'y arrive pas. On ne peut pas ne pas bouger !

Là, j'ai eu des remontrances parce que j'ai pris une décision sans attendre le vendredi pour en discuter avec les collègues. Ça devait se faire tout de suite, je l'ai fait. La RdR, c'est aussi ça ! Je ne vais pas attendre une semaine pour le faire. Si la personne veut rentrer à l'hôpital, si j'ai une opportunité, je la fais rentrer.

Le fait d'être têtu m'a permis de m'en sortir. Souvent, on me dit : « t'es borné ! » Je réponds : « oui, vu d'où je viens, si je n'étais pas borné, j'y serais encore ! »

Mais cela n'implique point que l'on réduise l'éthique à une affaire purement individuelle, que l'on expulse de sa mobilisation tout moment collectif. Bien au contraire, la complexité¹⁶⁹ des questions est telle que l'on aurait tort de ne pas faire appel à la multiplicité des points de vue. Nul doute que le professionnel doive ici prendre, parfois seul et en situation, des décisions difficiles. Nul doute aussi qu'il a besoin ensuite d'en faire part à ses pairs et à sa hiérarchie afin de pouvoir bénéficier de leurs points de vue.

On dira alors que l'échange entre professionnels au sein d'une équipe est ici un temps

¹⁶⁹ MORIN, E. 2004. La méthode. Tome IV. *L'éthique*, Paris, le Seuil.

pas moins consubstantiel à cette éthique que celui de la décision solitaire en situation. Cela parce qu'il permet à chacun de bénéficier de l'apport de tous les autres mais aussi d'alimenter la philosophie d'action de la Réduction des Risques.

Je prends des décisions même si les collègues ne sont pas forcément d'accord. C'est plus une éthique plus personnelle que collective.

Mes collègues peuvent faire la même chose et je serais complètement d'accord. Des fois, je le fais et après, j'en discute avec mes collègues, je leur explique pourquoi je l'ai fait. Quand on argumente pourquoi, on s'y retrouve souvent. Ce qui fait notre force, c'est de prendre une décision, la meilleure possible, la plus rapide possible...

Conclusion

Nous structurerons la conclusion de ce rapport en trois temps. Dans le premier temps, nous reprendrons sous forme synthétique les principaux résultats acquis au cours de cette pratique de construction des savoirs avec les professionnels des CAARUD de la Seine-Saint-Denis. Dans le deuxième temps, nous formulerons dans le prolongement de notre réflexion quelques questions afin de nourrir le débat. Dans le troisième temps, nous avancerons quelques propositions afin de stimuler la professionnalisation des établissements et de leurs salariés.

Résultats

Nous reprendrons dans ce propos conclusif l'ordre d'exposition des résultats propres au texte même de ce rapport, en prenant le parti parfois de regrouper certains chapitres sous une seule et même rubrique. La séquence sera donc la suivante : « Des hommes et des produits », « Philosophie d'action et formation », « Les trois grandes fonctions des CAARUD », « Hébergement », « Travail partenarial », « Evaluation » et « Dimensions affectives et éthiques de l'activité ».

Des hommes et des produits

Les professionnels des CAARUD ne sont pas seulement aux prises avec une tâche. A l'occasion de leur activité, ils sont en relation avec des personnes usagères de drogues pour les accompagner dans une perspective de réduction des risques. Il nous fallait alors caractériser très brièvement les publics auxquels ils sont confrontés. Nous avons pour cela souligné la stigmatisation et le rejet dont ils font l'objet dans tous les « bouts » de la société ; tant dans le champ institutionnel appartenant au droit commun que dans les lieux informels des scènes de deal elles-mêmes.

Mais nous avons aussi souligné leur propension à se regrouper entre pairs, ou plutôt entre personnes se jugeant ainsi ; une propension qui d'ailleurs n'est pas étrangère

au fait que les personnes stigmatisées et rejetées peuvent être, à leur tour, stigmatisantes et rejetantes. L'existence d'une telle tendance au regroupement entre pairs expliquerait, en grande partie, pourquoi chaque CAARUD accueille peu ou prou un public particulier.

Les professionnels ne sont en relation avec ces personnes que parce qu'il y a ce (ou plutôt *Le*) produit, cet objet social « drogue ». On l'a vu, rien ne nous sépare ici du monde actuel de la marchandise, d'un monde dominé par des politiques de marketing qui ne cessent de renouveler et/ou de renommmer les produits dans le seul but de promouvoir leur vente. Cela bien sûr oblige les professionnels à maintenir une veille active, à actualiser en permanence leur connaissance non seulement sur les produits présents sur le marché national mais aussi et surtout sur ceux qui circulent sur leur territoire d'intervention.

Sur le versant de la consommation, c'est le terme « usage de drogues » qui emporte notre adhésion parce que ce dernier subsume l'ensemble des rapports et des positions vis-à-vis des produits. Nous ne rejetons pas pour autant celui de « toxicomanie » car ce dernier est susceptible de qualifier le rapport et la position de bon nombre de personnes fréquentant les CAARUD. Tout en veillant à préciser que la toxicomanie est moins la source de leurs problèmes qu'un montage défensif visant à occulter leurs problèmes, à soulager leur souffrance. On verra que ce n'est point par hasard qu'ils ont rencontré et accroché l'objet « drogue » dans leur parcours personnel plutôt que simplement croisé ce dernier.

On comprend alors que les professionnels ne peuvent répondre aux exigences de leur travail, prendre en compte les principales caractéristiques des « produits » et les logiques subjectives des usagers de drogues qu'en intégrant des équipes souples et réactives dans lesquelles chacun doit être capable d'accomplir une gamme de tâches très étendue mais aussi de mettre en oeuvre un savoir-faire particulier, et parfois des compétences pointues face à telle ou telle situation.

Philosophie d'action et formation

Philosophie d'action. Le champ d'intervention de la réduction des risques (RdR) est traversé par de nombreuses différences en termes d'histoire, de territoires, de tailles des équipes, de profils des professionnels ou des bénévoles, de politique institutionnelle et associative mais il est aussi unifié, cimenté par une philosophie, une éthique, une idéologie. Dans un tel contexte, certaines instances comme ASUD, l'AFR, la FFA ou

encore le groupe de travail de MdM ont pour mission de porter son discours au niveau national.

Nous avons mis d'emblée en exergue la situation quelque peu paradoxale de la Réduction des risques (RdR) en France. Partiellement reconnue, insuffisamment étayée sur le versant théorique, celle-ci fait déjà l'objet d'un cadrage institutionnel certes nécessaire mais susceptible de porter atteinte à sa capacité d'invention, d'innovation.

Nous sommes revenus sur les trois principes qui structurent le champ de la réduction des risques (RdR) : ceux du non-jugement, de la proximité et de l'éducation par les pairs.

La mise en œuvre du non-jugement est sans nul doute nécessaire pour battre en brèche toute posture ou attitude se raidissant dans un moralisme inefficace mais ne doit pas pour autant devenir un dogme, mérite d'être énoncée sans manichéisme car évoluant au grès de la construction de la relation et de ses aléas. Ainsi, le professionnel ne doit pas trahir la confiance que l'utilisateur lui accorde. Pour cela, il lui doit la « vérité » même si cette dernière peut, sur le moment, lui faire mal. Qu'il puisse parfois désapprouver son attitude témoigne de l'intérêt qu'il lui porte ; plus, en tout cas, que s'il faisait montre d'indifférence. Le non-respect circonstancié de ce principe ne doit pas pour autant empêcher de « faire ce qu'il y a à faire » du point de vue de la réduction des risques (RdR).

La proximité désigne les différentes façons d'aller au-devant de l'autre sans pour autant se confondre à lui, en se rendant sur son territoire de consommation mais aussi plus disponible. Plus loin dans le texte, les chapitres consacrés à l'accueil, à « l'aller-vers » ou encore à l'accompagnement ont permis de développer le contenu de ce concept.

La reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues constitue, au même titre que le non-jugement ou la proximité, un principe structurant de la réduction des risques (RdR). Force est de constater cependant que la plupart des professionnels des CAARUD engagés dans la démarche ne considèrent plus les usagers comme des pairs avec lesquels ils pourraient travailler car ces derniers et tout particulièrement les crackers ne disposeraient, selon eux, d'aucune légitimité pour cela. Nous questionnerons plus bas dans cette conclusion cette dernière position.

Nous avons tenté de situer la place de l'abstinence dans la Réduction des risques (RdR) en soulignant que cette pratique ne la prône point mais ne l'exclut pas pour autant si elle répond à une demande explicite de l'utilisateur et surtout, à son désir.

Nous avons interrogé le rapport à la norme des professionnels qui ont pris le parti de la réduction des risques (RDR). Un rapport qui engage tout à la fois une réflexion critique

sur les normes en vigueur dans les structures de droit commun et, au-delà, dans la société globale mais aussi un travail intense de re-normalisation au sein de leur pratique et de leur structure.

Réduction des risques liés à l'usage de drogues. Telle est l'expression aujourd'hui consacrée. Mais doit-on *faire* de la RdR si l'usage n'est plus actuel mais passé ? Ou plutôt doit-on *faire* de la RdR en lien avec les conséquences actuelles d'un usage passé ? Il ne saurait ici y avoir de réponse qu'au cas par cas car l'on doit veiller à ne pas déborder des missions des CAARUD en s'inscrivant finalement dans le droit commun.

Les professionnels des CAARUD partagent-ils une identité au-delà de ce que leur fiche de poste peut indiquer (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, assistant de service social, psychologue, infirmier...) ? Une notion ici s'impose, celle du professionnel ressource dont l'activité pourrait être située entre celle de l'éducateur à la santé et celle du passeur ; celle du professionnel qui se rendrait au plus près de l'utilisateur de drogues afin de lui apporter les ressources dont il a besoin pour cheminer dans une perspective de réduction des risques (RdR). On l'a vu, pour certains participants, une telle identité doit se conjuguer avec celle du militant dans une sorte d'enrichissement mutuel alors que pour d'autres, elle doit plutôt, pour s'affirmer, s'en séparer.

Nous avons poursuivi ce chapitre en restituant une riche controverse sur les différentes manières de *faire vivre* la réduction des risques (RdR). Celle-ci nous a permis de mieux percevoir que nous sommes ici confrontés à la nécessité d'articuler étroitement l'aide aux démarches administratives réalisée au sein de la structure et le travail de rue ; en fait, RdR liés à la précarité et RdR liés à la consommation de produits.

Nous avons terminé ce chapitre en présentant succinctement quelques traductions concrètes de la RdR et plus particulièrement un dispositif comme le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES), des outils comme le stérifiltre ou le FibroScan, une méthode nommée Education aux risques liés à l'injection (ERLI).

Formation. Le constat est ici sévère. L'offre de formation initiale sur les questions relatives à la précarité, à l'usage des drogues et à la réduction des risques est aujourd'hui déficitaire ; les dispositions et aspirations des nouveaux entrants souvent inappropriées ; la formation continue, enfin, malgré les offres des deux grandes fédérations (AFR et FA) et d'UNIFAF, encore trop peu développée pour pouvoir combler les « manques » en termes de professionnalisation car il n'est pas toujours facile pour les professionnels de dégager du temps (et parfois de trouver les ressources financières) pour s'y engager. Rien

d'étonnant alors que nombre de professionnels ne se sentent pas suffisamment armés ou motivés pour relever les défis que leur pose au quotidien leur pratique et, ce faisant, abandonnent assez vite la partie, comme en témoigne le turnover important que l'on peut observer au sein des CAARUD.

Certains cependant persévèrent. Ils persévèrent depuis qu'un évènement a suscité en eux l'envie de s'inscrire dans la RdR, notamment lors d'un stage ou d'une visite. Ceux-là ont peut-être en commun de remettre en cause ce qui faisait norme dans leur formation initiale, à briser certains interdits afin d'être au plus près des usagers de drogues, et dans la compréhension de ce qui constitue la vie de ces derniers. Ceux-là sont peut-être aussi, plus que d'autres, tentés par un agir professionnel plus engagé, voire militant.

On nuancera le propos en montrant que des initiatives originales sont prises, ici ou là, en matière de formation initiale ou continue. Parmi ces initiatives, on évoquera tout particulièrement la mise en place d'un collectif de réflexion qui, il y a quelques années, favorisait un processus d'interqualification sur les questions du VIH, du VHC, de l'héroïne, du crack... un lieu d'information mais aussi de formation, parfois d'échange autour d'un cas précis. Des professionnels tentent actuellement de lever les résistances et de (re)construire un tel lieu.

Les trois grandes fonctions des CAARUD

Accueil. Les professionnels travaillent avec les usagers dans un cadre qui respecte les principes de la libre adhésion, de l'anonymat et de la gratuité. Leur accueil est inconditionnel. Ils ne leur demandent pas de formuler une demande ou d'élaborer un projet. Ils leur présentent l'établissement, ses missions et leur fournissent du matériel stérile ainsi que quelques conseils concernant son usage. Et surtout ils se mettent à leur écoute en veillant à respecter leur parole mais aussi, parfois, le déni qu'ils ont construit sur le produit et, au-delà, sur leur vie. Ils les conseillent, si besoin est, de se rendre dans des structures plus appropriées à leur problématique.

La façon dont les professionnels interpellent l'utilisateur de drogues conditionne tout le travail qu'ils sont susceptibles, ensuite, de conduire avec lui. Ils l'appellent généralement par son prénom ou son nom de scène, en se présentant eux-mêmes par leur prénom et ils réservent le terme « usager » aux seules réunions d'équipe. Cela, afin de se rapprocher de lui, de « se retrouver à la même hauteur » que lui et de pouvoir « accéder à son visage ». Il n'y a pas, d'un côté, un intervenant qui disposerait du savoir et, d'un autre

côté, un usager ignorant. Il y a un échange de savoirs qui présuppose aussi un intervenant ignorant et un usager sachant.

Ils savent l'importance cruciale des interpellations stigmatisantes et tout particulièrement celle de « drogué ». Certains d'entre eux en ont souffert lorsqu'ils étaient eux-mêmes dans la consommation de produits. Ils prennent alors toute la mesure des paroles qu'ils posent dans la relation, de leur potentiel blessant, voire mortifère ou, au contraire, revivifiant, tonifiant.

Parfois, ils introduisent le vouvoiement parce qu'une telle façon de s'adresser à lui peut l'aider à franchir une étape importante du chemin à parcourir s'il désire sortir du produit et/ou de la rue. Mais rien, ici, n'est facile car tout professionnel constitue, par ses attributs, le lieu de projection d'imagos dans le cadre des mouvements transférentiels constitutifs de toute relation. Difficile, par exemple, de ne pas être perçue comme une mère lorsqu'on est une femme et qu'on a derrière soi une longue expérience d'aide à autrui et que l'on est une professionnelle connue et reconnue pour cela.

Leur positionnement diffère de celui qu'ils adoptent dans le travail de rue car les usagers de drogues doivent suivre les règles qui ont été instituées à l'intérieur de la structure. Mais il diffère aussi d'une équipe à l'autre selon que l'accent est mis sur la limitation de l'usage, la mise en place d'un cadre rassurant pour l'usager ou sur la réduction des risques, le bien-être de l'usager. Certains peuvent, à un moment donné, tolérer certains actes de consommation de drogues s'ils jugent qu'il est préférable pour l'hygiène et la santé de *celui-ci*, compte tenu, par exemple, de l'état de son système veineux, qu'il puisse les réaliser à l'intérieur de la structure plutôt que dans la rue. Une décision difficile à prendre car susceptible de mettre à l'épreuve l'équité au sein de la structure. On peut voir là un paradoxe : l'application du principe du « pas vu, pas pris » les pousse parfois à réprimer plus fortement les produits fumés que ceux qui sont injectés ou sniffés. Sans doute parce que l'odeur ne peut « mentir », attire plus fortement l'attention, parce que l'acte est posé au vu et au su de tous, rompant peut-être avec plus d'évidence le contrat de confiance.

Des tensions s'expriment parfois au sein des CAARUD, en lien notamment avec des « histoires de rue » et peuvent déboucher sur une explosion de violence physique mettant en danger l'intégrité des professionnels et des usagers. Mais de tels faits restent rares, plus rares que ceux que nombre de professionnels ont pu vivre ou subir dans d'autres lieux comme, par exemple, les accueils de jour et de nuit.

Aller-vers. Le fait de se rendre sur le territoire de l'autre est une des principales manières de faire vivre la proximité. Une telle démarche s'inscrit parfois dans la continuité d'une rencontre à l'accueil, lorsqu'un usager souhaite que les professionnels puissent se rendre là où il vit afin de se rendre compte de ce qui fait condition pour lui. Un tel positionnement permet alors de voir ce qui est tu à l'accueil. Mais il s'impose aussi parce que certains usagers ne vont jamais sur le CAARUD. Souvent le fait d'aller vers les usagers incite ces derniers à venir dans un deuxième temps sur la structure.

Comment s'y prend-t-on concrètement pour aller sur le territoire de l'autre ? Nous avons ici rendu compte de l'expérience acquise par certains professionnels en milieu festif puis abordé le « travail de rue » proprement dit.

Loin de se contenter de distribuer du matériel en milieu festif, les professionnels tentent de provoquer un échange autour de la réduction des risques (RdR). Leur observation *in situ* leur permet de porter un démenti au discours selon lequel il n'y aurait pas, ici, de consommation par voie intraveineuse et les conduit à mettre à disposition des teuffers du matériel d'injection et à leur fournir des conseils pour qu'ils puissent en faire usage dans les meilleures conditions, sans prendre de risques supplémentaires.

La différence de codes entre les professionnels et les usagers est-elle toujours un mur insurmontable, un obstacle qui empêche tout échange ? L'expérience vécue par plusieurs professionnels nous inviterait plutôt à répondre par la négative à cette question. Comme si l'intégration de la RdR dans la culture techno balayait toute réticence que les différences pourraient susciter dans les esprits.

Remarquons encore que les professionnels ne réduisent pas le festif au milieu techno. Ils interviennent parfois dans le cadre de l'INTERCAARUD lors des galas de fin d'année des grandes écoles. Et il leur semble aujourd'hui nécessaire d'investir de nouveaux lieux comme ceux du Jazz ou de nouvelles pratiques comme celle du SLAM.

Le travail de rue est nécessaire à l'identification des publics car seul peut-être le fait d'aller au-devant des usagers permet de découvrir les produits réellement consommés qui, parfois, font l'objet d'un déni dans le cadre des entretiens tenus dans les CAARUD. Les professionnels se rendent plutôt dans des lieux interstitiels (locaux à poubelles) ou de transit (couloir de métro) ou encore à la périphérie des quartiers populaires, dans des parkings souterrains ou sur les bords d'un canal. Les usagers de drogues ne consomment généralement pas en effet à proximité des lieux où ils viennent acheter les produits parce que les dealers les rejettent et parce qu'eux-mêmes, souvent, préfèrent rester discrets.

Le travail de proximité est en général plus difficile à mettre en œuvre dans la rue que

dans l'univers techno de la teuf parce que tout est plus mouvant et changeant ; parce que les professionnels sont plus exposés au risque d'être intrusif et les usagers plus sur la défensive ; parce que la culture de la RdR y est moins développée et la stigmatisation plus forte, l'entraide moins développée. Les professionnels savent qu'il y a dans la relation des moments pendant lesquels ils doivent s'abstenir de délivrer des messages RdR car ces derniers sont peu favorables à cela en raison de l'indisponibilité des usagers, soit que ces derniers, en manque, n'aient guère envie de parler, soit qu'ils soient sous l'effet d'une drogue puissante comme le crack...

Rentrer dans les cités requiert du temps. Pour certains professionnels, le fait de passer plusieurs fois au même endroit ou encore de ramasser du matériel souillé est une façon de se faire repérer et, au grès des rencontres, de nouer des liens. Mais l'accroche peut se réaliser aussi par des échanges sur la sexualité ou encore par la distribution de matériels RdR. Les professionnels peuvent aussi être « cooptés » par un tiers (usagers, anciens usagers, dealers, éducateurs spécialisés de la prévention, habitants du quartier, agents de la voirie...). L'accroche est décisive. Elle conditionne la construction du lien. Il s'agit tout d'abord de prendre le temps de l'observation afin de pouvoir ensuite « calquer » sa façon d'être sur celle qui est en usage dans le groupe avec lequel on veut travailler. Beaucoup se joue dès les premiers instants, dans la façon même de se présenter, d'interpeller l'autre, de lui adresser la parole.

Accompagnement. Les professionnels ne deviennent référents que pour les usagers qui en formulent la demande. En fait, professionnels et usagers se choisissent mutuellement sur la base de l'affinité. Leur choix n'est généralement validé que dans un second temps, lors de la réunion d'équipe de la structure. Les configurations, ici, sont multiples. Parfois, un éducateur spécialisé et un assistant de service social constituent un binôme référent pour un usager. Parfois, aucun référent n'est désigné parce qu'on estime que la situation de l'utilisateur l'exige.

Les professionnels doivent construire leur légitimité afin de pouvoir adresser aux usagers de drogues des messages de RdR. Une telle démarche n'est pas aisée, notamment lorsqu'ils sont plus jeunes que ces derniers, sauf peut-être s'ils sont issus de l'autosupport.

L'accompagnement revêt parfois une dimension physique. Souvent les professionnels se rendent avec les usagers sur les lieux mêmes de leur rendez-vous (administrations, services de cure...). Mais il revêt aussi une dimension psychique car il s'agit aussi de leur

permettre de surmonter appréhension et peur de s'y rendre.

Cette pratique revêt la forme d'un co-investissement où chacun donne à l'autre. Si le professionnel offre à l'utilisateur toute sa disponibilité, l'utilisateur lui fournit des éléments de connaissance sur son parcours de vie, propres à l'aider. Le professionnel doit alors éviter certains pièges. Il doit s'abstenir d'anticiper sur l'expression de la demande de l'utilisateur ou encore ne pas se laisser duper par tout ce qu'il fait pour lui faire plaisir, et répondre à son attente.

Mais l'accompagnement ne se limite pas à un face-à-face professionnel/utilisateur, à une relation duelle. Il est important pour le cheminement de l'utilisateur que d'autres acteurs (professionnels ou utilisateurs) puissent, à certains moments, intervenir à partir de leurs compétences et de leurs personnalités.

Les professionnels disposent de deux types d'entretien. Court et rapidement conduit, le premier permet de recueillir le nom ou le surnom de l'utilisateur et, parfois, son âge. Il y a là finalement une simple prise de contact. Beaucoup plus approfondi, le deuxième s'appuie sur une grille et a pour but de réaliser une première évaluation de la consommation et des différents problèmes sociaux et médicaux de l'utilisateur. Les professionnels peuvent aussi mettre en place des ateliers. Nous avons donné l'exemple ici d'un atelier hygiène.

Cette pratique d'accompagnement a une temporalité qui lui est propre, que ce soit en termes de durée, de moment ou encore de rythme.

Elle ne saurait s'inscrire que sur la longue durée. Qu'un utilisateur ne puisse se stabiliser dans un logement ou encore se rendre, tout seul, à un rendez-vous à Pôle emploi qu'au bout de trois ans, sinon plus, voilà qui surprend tout particulièrement les professionnels qui ont exercé leur activité dans d'autres secteurs. Une telle durée est cependant parfois requise pour déclencher le processus de subjectivation nécessaire à un tel acte, lequel ne peut paraître anodin et microscopique que pour un regard extérieur. Surtout que l'insuffisance des ressources sur le versant institutionnel met souvent à mal le travail de longue haleine qu'il suppose.

Accompagner une personne signifie aussi travailler avec elle au moment même qui lui apparaît le plus opportun. Un moment qui ne s'inscrit pas forcément dans les horaires de travail. Sachant que ce moment ou plutôt cette opportunité ne se représentera peut-être plus. Il y a là une façon d'être présent à l'autre qui, selon les professionnels, n'entraîne pas d'abus de la part de ce dernier.

Accompagner une personne signifie, enfin, prendre en compte sa temporalité

subjective propre, suivre son tempo, battre à son rythme. Ainsi, une fois hébergé, tel usager initie tout de suite les démarches administratives nécessaires à la pérennisation de sa situation ; tel autre, par contre, a besoin de prendre un temps afin de retrouver ses marques et se « retrouver » ; (ré)-apprendre les gestes les plus simples de la vie quotidienne, entamer un travail sur lui-même avant de (se) lancer (dans) ces démarches. Pour ce dernier, le travail psychique sur soi, voire contre soi prend un caractère dramatique. Il lui faut lutter contre les affects qui l'assaillent, contre la peur susceptible de le paralyser, voire contre la montée de l'angoisse qui, à tout moment, peut le submerger. Il lui faut aussi, un peu plus tard dans la démarche, faire le deuil de la protection fournie par l'accompagnement du professionnel, accepter cette perte qui peut réactiver chez lui un sentiment d'abandon ; se détacher, se séparer de ce qui, pour lui, constituait une enveloppe ; bref, il lui faut perlaborer en levant ou en surmontant, peu à peu, les résistances qu'il oppose à toute proposition.

Les professionnels négocient en permanence les limites de leur cadre de travail afin de répondre présent, de se rendre présent à l'autre. Ainsi, ils peuvent sortir de l'établissement et, une heure durant, discuté avec un usager de drogues sur un banc public. Un tel moment semble, pour un regard extérieur, ne pas relever d'un travail mais est en fait très précieux et parfois décisif dans le cadre d'une démarche d'accompagnement qui requiert la construction d'une relation de confiance et, plus largement, la mise en place d'un espace favorisant la parole de l'usager de drogues.

On l'a déjà signalé, cette négociation des limites les conduit souvent à ne pas respecter leur propre temps de travail journalier. Parfois, ils continuent une tâche entamée avec un usager au-delà de leurs horaires normaux de travail parce qu'ils ne savent pas si l'évolution de son état de santé le permettra le lendemain ou s'ils ne seront pas obligés de répondre à d'autres urgences. Parfois, ils lui donnent leur numéro de téléphone personnel même si, ensuite, ils sont susceptibles d'être interpellés à n'importe quel moment. Parfois encore, ils se mettent d'accord avec lui pour que l'entretien téléphonique ait lieu hors de leurs horaires de travail, à un moment où ils peuvent être plus disponibles parce que dégagés des pressions et des sollicitations propres à leur activité professionnelle.

Une telle position sur les horaires n'est pas partagée par tous les intervenants. Certains insistent au contraire pour ne pas déborder des horaires normaux de travail. Pour eux, de tels horaires participent du cadre qui leur permet de se préserver, de se ressourcer et de répondre de la façon la plus satisfaisante possible à la demande des usagers. Pour eux, la proximité requiert qu'on sache aussi fixer des limites.

D'autres, enfin, se situent dans un entre-deux, en insistant sur le fait qu'on ne peut ici apporter des réponses qu'au cas par cas, que pour *celui-ci* ou *celle-là*. Parce qu'ils sentent, par exemple, que leur interlocuteur est en détresse et pourrait, à la faveur d'une crise, être tenté par le suicide, ceux-là n'hésitent pas, parfois, à lui laisser leur numéro de téléphone professionnel afin qu'il puisse les joindre hors des horaires normaux de travail, week-end compris.

Il est utile de mettre en exergue la multiplicité de ces pratiques non pas pour promouvoir l'une d'entre elles parce qu'elle constituerait *La bonne pratique*, non pas parce qu'elle pourrait constituer un modèle pour les autres mais pour pouvoir mettre en partage et en débat ce qui est vécu par chacun, souvent sur le mode d'une éthique personnelle et pouvoir, ainsi, s'enrichir mutuellement, s'inter-qualifier.

Si, au terme de leur stage, les jeunes déclarent généralement ne pas vouloir orienter leur future activité professionnelle vers la réduction des risques sanitaires et sociaux, c'est sans doute parce que le monde de la rue est dur, violent et que la confrontation avec ce dernier suscite en eux beaucoup de peur. Mais peut-être aussi parce qu'ils n'arrivent pas à comprendre la façon dont les professionnels travaillent lorsqu'ils adhèrent à une telle philosophie. Ceux-là sont quelque peu désorientés parce qu'ils ont le sentiment que ce travail est caractérisé par une absence de cadre. En fait, ils n'arrivent pas à comprendre que les professionnels puissent prendre le parti, à tel ou tel moment, d'élargir, d'assouplir, de distordre, de déformer ce cadre, précisément pour pouvoir continuer à s'y référer et apporter une aide concrète à tel ou tel usager. Ils n'arrivent pas à comprendre ce qui, précisément, fait leur force.

Les professionnels accompagnent l'usager de drogues dans les diverses démarches qu'il entreprend : démarches administratives, d'insertion professionnelle ou encore de soins. Ils l'accompagnent aussi lorsqu'il est en fin de vie.

Ils interviennent systématiquement auprès de l'accueillant d'un service administratif lorsque l'usager de drogues est invité à revenir parce qu'un formulaire manque à son dossier. Cela, parce que ce dernier risque de ne plus jamais se représenter. Ils parviennent parfois mais trop rarement à convaincre leur interlocuteur de ne pas tout stopper à cause de cela.

Il faut avoir ici constamment présent à l'esprit la forte fragilité et réversibilité des processus en cours ; savoir, par exemple, que toute avancée due à l'accompagnement est toujours susceptible de déclencher un retour à la « case départ » ; en fait, une réassignation d'autant plus violente que les efforts pour « s'en sortir » ont été importants.

C'est tout particulièrement le cas lorsque le fait même de retrouver une existence sociale au travers, par exemple, d'une demande de RSA confronte de nouveau un usager de drogues à son endettement vis-à-vis du Trésor public. Une telle situation paradoxale suscite chez lui regret (d'avoir tenté de s'en sortir) et culpabilité (d'être venu). Elle le renvoie violemment en arrière alors qu'il commençait à se projeter dans l'avenir. Dans tous les cas, elle oblige le professionnel et l'usager à se réinterroger ensemble sur le « que faire ? » et le « comment s'y prendre ? »

Peut-on prédire un succès de la démarche de soins, si un usager de drogues s'y engage ? Assurément non. Mais les professionnels ne sont pas ici pour autant complètement démunis. Ils disposent de certains indices. Si l'usager de drogues envisage comme une possibilité de structurer son quotidien non plus autour du produit mais selon les normes en vigueur aujourd'hui, ils auront tendance alors à parier sur lui. S'il panique à l'idée de ce retour à la vie normale, ils auront tendance à considérer qu'il n'est pas encore prêt pour une telle démarche. Si l'usager augmente ses doses sous prétexte qu'il va bientôt arrêter toute consommation, ils peuvent, là aussi, obtempérer face à sa demande pressante de départ en soin. Car un tel acte signifie pour eux que ce dernier n'en a pas le désir et/ou la capacité.

Les professionnels peuvent aussi, au travers de leur pratique d'accompagnement, favoriser les démarches d'insertion professionnelle, en étant conscients d'ailleurs qu'elles peuvent, parfois, constituer une ressource pour le soin. Ils situent le plus souvent leur intervention en amont du processus d'insertion professionnelle proprement dit. En fait, ils agissent *auprès de* et *avec* l'usager pour qu'il puisse être prêt à entrer dans un tel processus, être socialement et psychiquement disponible. Lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir réalisé ce travail-là, ils orientent ce dernier vers un travailleur social qui prendra le relais dans l'accompagnement. Plus rarement, ils l'accompagnent dans leur démarche d'insertion professionnelle elle-même. C'est le cas lorsque l'usager de drogues travaille dans un chantier lié à une Ressourcerie ou encore dans un ESAT.

Les professionnels sont en relation avec des usagers de drogues âgés dont la santé a été très abîmée par des années et des années de consommation. Ils peuvent être co-infectés (sida et hépatite). Les professionnels les accompagnent alors dans les différents services des hôpitaux, parfois jusqu'à leur enterrement. Lorsqu'ils disposent d'un très faible capital veineux, les professionnels mettent alors tout en place pour faciliter l'injection grâce au recours à des cathéters. Trop souvent, enfin, les logements qui leur sont proposés sont situés dans des zones dominées par le trafic de drogues et/ou relèvent du

mouroir. Comment alors pousser la logique de l'accompagnement jusqu'au bout afin de leur permettre une fin de vie qui soit la moins pénible possible ?

Hébergement

La mission d'hébergement n'entre pas dans le cahier des charges des CAARUD mais dans celui des associations dont ils dépendent. Cette distinction est importante en raison des modes de financement qu'elle induit. Si les CAARUD sont financés par l'ARS (crédits assurance maladie) de façon pérenne, les associations le sont par la DRIHL-IF sur un mode annualisé qui oblige les professionnels à renouveler et ré-étayer leur demande chaque année pour leur public.

Il existe deux types d'hébergement. Le premier est lié au plan hiver. Les professionnels travaillent avec des personnes usagères de drogues qui sont à la rue ou risque de s'y retrouver afin de les mettre à l'abri sur une durée qui ne peut excéder la date de la fin de ce plan hiver qui dépend des conditions météorologiques. Le second constitue une solution plus durable pour ces personnes. Les professionnels travaillent toute l'année avec elles afin de les faire accéder au logement.

Pour ceux et celles qui sont dans la rue, il semble vital de pouvoir bénéficier d'un lieu pour se poser et faire une pause dans la galère. Pour ne plus être dans une situation où tout ce qui est normal et routinier pour la majorité des hommes et des femmes devient problématique, incertain, hasardeux. Mais la mise à l'abri ne prend tout son sens qu'au-delà de la situation d'urgence. Les professionnels privilégient alors l'orientation et le travail partenarial pour trouver une solution de logement durable. Ils demandent aux usagers une présence plus forte au CAARUD, des rencontres plus fréquentes. Ils ont bien conscience d'engager une course avec le temps. Dès que leur mise à l'abri est assurée, ils montent le dossier parce qu'ils sont conscients de la brièveté de la période hivernale et du risque d'un retour à la rue pour eux. Un retour qui peut être traumatisant pour les usagers mais aussi fortement éprouvant pour les professionnels eux-mêmes. Que la stabilisation dans un logement, au-delà d'un hébergement provisoire, ne soit pas possible pour la plupart d'entre eux, même lorsque ces derniers ont pu faire preuve de beaucoup de détermination et de résolution, suscite tristesse et sentiment d'impuissance. Le fait de solliciter des partenaires pour qu'ils prennent le relais ne semble ici guère donner de résultats probants. Les professionnels ont parfois redoublé d'efforts, mais en vain. Notons cependant que lorsqu'un CAARUD dispose d'une offre spécialisée (par exemple, d'un hébergement en

appartement), le constat est différent et les professionnels moins frustrés.

Les professionnels rencontrent beaucoup de difficultés dans l'accompagnement des usagers de drogue sur la question de l'hébergement en raison de la lourdeur des démarches administratives, de la complexité des dossiers à monter, de la pénurie de logements ou encore de l'obligation de renouveler les demandes chaque année. Si elles ne sont pas propres à l'accompagnement de ce public-là, ces difficultés sont, par contre, parfois accrues, notamment lorsque les logements disponibles sont mal localisés (au cœur d'un environnement marqué par le trafic et la consommation de drogues) ou trop éloignés (des CAARUD mais aussi des structures de soins). Ils rencontrent aussi beaucoup de difficultés en raison des logiques de stigmatisation spécifiques qui frappent ce public. Et ces difficultés sont accrues plus encore lorsque ces personnes sont atteintes d'affections graves. Dans ce cas, aucun type d'hébergement ne semble approprié. Ni les appartements thérapeutiques classiques parce que leur santé physique et psychique est trop abîmée, ni les appartements thérapeutiques psychiatriques parce qu'ils ne souffrent pas d'une maladie mentale avérée. Voir ainsi ses personnes mourir sous leurs yeux sans pouvoir agir vraiment leur est insupportable. Face à cela, ils ressentent une forte colère et proposent la création d'une structure nouvelle qui leur permettrait de pouvoir entrer et sortir librement. Une structure qui leur offrirait également un plateau technique et alimentaire approprié.

Les professionnels rencontrent aussi beaucoup de difficultés parce que les usagers n'ont pas forcément envie de s'inscrire dans un cadre contraignant loin de correspondre à un « chez soi » mais aussi en raison de la diversité de leur problématique. Pour certains, il faut privilégier l'hébergement individuel ; pour d'autres, l'hébergement collectif ; pour d'autres encore prendre compte leur vie de couple.

Des personnes font d'ailleurs le choix de rester ou de retourner à la rue parce qu'elles ne peuvent pas, à un moment donné, concevoir d'autres espaces de vie que celle-ci. Une telle attitude suscite chez certains professionnels de l'incompréhension et parfois le sentiment d'avoir mal travaillé. Elle ne surprend guère d'autres professionnels qui savent combien il est important de garder un sentiment de liberté en restant ou en retournant « chez soi », fût-ce dehors ; de préserver sa dignité en ne recourant pas à l'aide d'autrui ; d'avoir le sentiment de maîtriser (quelque chose de) sa vie... Elle ne les surprend guère aussi parce qu'ils savent que toute réussite peut, sur le versant subjectif, retentir sur le mode de l'échec. Les personnes font sans doute ici un tel choix par défaut. Comme si l'autre choix leur était à jamais barré, impossible en raison de la puissance des affects

négatifs ou de l'angoisse que le fait même de l'envisager réactive.

Travail partenarial

Les équipes des CAARUD travaillent en partenariat avec des professionnels de la santé (équipes hospitalières, CSAPA, secteur psychiatrique, pharmaciens), du travail social (équipe de prévention spécialisée, médiateurs) et des policiers. Ils construisent aussi des liens avec les habitants et, parfois, lorsque cela est nécessaire, avec des dealers. En fait, chacun d'entre eux tente de s'approprier ce partenariat afin de construire des réseaux plus personnalisés dans lesquels il va trouver suffisamment de ressources pour agir.

Les professionnels des CAARUD coopèrent avec des équipes hospitalières diverses, notamment lorsque l'usager de drogues est admis dans un service pour être soigné et/ou opéré. Ils constituent alors des points d'appui pour ces équipes. Ils regrettent parfois l'accueil qui lui est réservé, le fait qu'il puisse être exclu.

Ils coopèrent avec les professionnels des CSAPA, des centres nés de la fusion des CCAA et des CSST. Ces professionnels ont, comme eux, une mission de réduction des risques (RdR) mais l'interprètent autrement en raison de leur centration sur le soin. Du point de vue des professionnels des CAARUD, le (plus) « haut seuil » des CSAPA et leur spécialisation constituent les principaux obstacles à leur coopération avec leurs équipes. Le fait de maintenir un niveau d'exigence élevé vis-à-vis des usagers de drogues ne favoriserait guère l'accès aux soins des publics CAARUD. Le fait d'être encore souvent spécialisé, malgré la fusion, encouragerait encore trop une culture de l'abstinence au détriment de celle de la réduction des risques. Selon les professionnels des CAARUD, leurs partenaires travailleraient plus en fonction d'un idéal (un idéal médical, celui de l'abstinence, de l'arrêt de toute addiction) qu'à partir de la demande et du désir de l'usager de drogues. Mais des changements culturels importants sont actuellement à l'œuvre, allant dans le sens de la construction d'une culture commune au sein de l'ensemble des CSAPA sur la réduction des risques. La création de l'Observatoire addicto 93 constitue sans doute ici une étape importante dans ces changements.

Mais une autre exigence s'impose, celle de démultiplier les lieux d'échange entre les professionnels des CSAPA et ceux des CAARUD afin de mettre en travail le sens et les valeurs des différents positionnements et de trouver la meilleure façon de se coordonner pour l'action.

Ils travaillent avec le secteur de la psychiatrie mais les difficultés, ici, sont aussi nombreuses. Ils ont parfois du mal à trouver le bon interlocuteur car l'utilisateur n'est pas toujours résident dans l'espace urbain couvert par le secteur psychiatrique. Ils peuvent certes recourir aux équipes mobiles de liaison précarité-psychiatrie (EMLPP) mais ces dernières sont en situation de surcharge de travail et ne peuvent pas toujours pour cela faire preuve de réactivité. Ils se sentent parfois impuissants sinon désemparés, notamment lorsque les demandes de prise en charge de certains usagers de drogues ne sont pas acceptées parce que leur problématique relèverait de l'addictologie et non de la psychiatrie alors que ces derniers présentent, selon eux, un tableau clinique propre à la comorbidité.

Ils coopèrent avec les pharmaciens dont les attitudes varient aujourd'hui entre accueil et rejet vis-à-vis des usagers qui viennent chercher soit des TSO, soit du matériel d'injection. Certains font montre d'une grande ouverture, fournissent non seulement des kits mais aussi des flyers explicitant le sens et l'utilité des outils RdR. D'autres ne distribuent ni TSO, ni matériel, ni même jetons, soit parce qu'ils activent des défenses rigides, soit parce que l'orientation commerciale l'emporte, chez eux, sur leur rôle d'acteur de la santé publique. D'autres encore sont dans un entre-deux. Ils ne distribuent pas (ou plus) de matériels mais ils n'excluent pas pour autant les usagers de drogues. Ils leur donnent des jetons et leur indiquent l'adresse du CAARUD. Un tel positionnement a un effet apaisant et pacificateur. Il évite que la relation s'envenime et devienne conflictuelle, voire violente. Bien que très chronophage et difficile, le travail que les professionnels conduisent auprès des pharmaciens porte cependant ses fruits.

Les professionnels des CAARUD travaillent avec les éducateurs spécialisés de prévention. Dans certaines cités, ils prennent le parti de faire des maraudes avec eux, plutôt le matin afin de ne pas trop les « griller » vis-à-vis des jeunes qui pourraient les confondre avec des policiers. Dans d'autres cités, ils éprouvent beaucoup de difficultés à mener à bien une telle coopération. Peut-être parce qu'ils n'ont pas encore trouvé la bonne manière d'engager la relation avec eux. Peut-être aussi parce leurs interlocuteurs ne sont pas toujours suffisamment implantés dans le quartier. Peut-être, enfin, parce que leurs interlocuteurs ont tendance à taire les problèmes relatifs à la consommation des drogues afin de ne pas perdre la confiance des jeunes et des familles.

Ils coopèrent avec les équipes de médiateurs, surtout sur le mode de l'échange d'informations. Les professionnels des CAARUD font part à leurs interlocuteurs de tout ce que leur maraude leur ont permis de voir et d'apprendre sur les faits et événements

susceptibles de porter atteinte au vivre-ensemble. Les médiateurs leur font part de tout ce que leurs maraudes leur ont permis de voir et d'apprendre sur l'usage de drogues sur un territoire. Les professionnels des CAARUD tirent donc beaucoup de bénéfice de leur coopération avec ces professionnels même s'ils regrettent que le terme de médiateur soit une sorte de fourre-tout mêlant des intervenants bien formés à des grands frères ou encore des vigiles.

Les relations sont parfois complexes avec les policiers car leurs comportements peuvent être susceptibles de mettre à mal les pratiques de réduction des risques. C'est tout particulièrement le cas lorsque leur présence à proximité des CAARUD ou des unités mobiles dissuade les usagers à venir chercher leur kit d'injection. Les professionnels de la réduction des risques contactent alors le commissariat afin de rappeler le cadre légal de leur travail, expliciter son contenu et le sens de leur mission.

Les habitants peuvent jouer un rôle positif, notamment lorsqu'ils signalent aux professionnels la présence de seringues dans certains lieux ou lorsqu'ils les introduisent dans certains quartiers dont l'accès est réputé difficile. Mais ils sont parfois peu coopérants car ils peuvent avoir peur de subir des représailles de la part des usagers de drogues, être méfiants, notamment si des personnes dans leurs familles sont engagés dans le trafic ou encore percevoir la démarche réduction des risques (RdR) sur le mode d'une incitation à se droguer susceptible de mettre en danger les enfants. En général, les professionnels n'énoncent pas d'emblée aux habitants le sens de leur présence sur le territoire et de leur mission afin de ne pas susciter chez eux des réactions violentes de rejet. Ils introduisent tout d'abord le fait qu'ils sont là pour aider « des gens en difficultés ». Ce n'est que dans un deuxième temps, à la faveur d'une relation de confiance en construction, qu'ils précisent que ces « gens en difficultés » consomment notamment des drogues.

Que des personnes soient en contact avec les usagers de drogue suscite chez les dealers de l'incompréhension mais aussi de l'inquiétude, de la méfiance, des soupçons car celles-ci pourraient appartenir à la police. Certains alors approchent les professionnels pour les interroger sur le sens de leur présence auprès des usagers de drogues, sur leur identité. La manière d'être du professionnel, ses gestes et postures, tout son hexis peut d'entrée faire obstacle ou, au contraire, constituer un atout précieux. Un tel sera « grillé » parce qu'il a une « dégaine et une tête de keuf » ; tel autre « passera », notamment en raison même de sa petitesse qui lui interdit de faire partie de la police. Il est important de

ne pas confondre ici les revendeurs et les usagers-revendeurs. Les professionnels peuvent en général guère espérer des premiers, seulement peut-être leur non-intervention, le fait qu'ils cessent d'être suspicieux, voire dangereux vis-à-vis d'eux. Ils peuvent, par contre, ouvrir un dialogue fructueux avec les seconds.

Les intervenants tentent de favoriser l'intercompréhension et le dialogue entre les différentes catégories d'acteurs.

Ils interviennent au cœur de la relation difficile qui se noue entre les usagers de drogues et les habitants. Ils peuvent demander aux usagers de drogues de ne pas nuire à la tranquillité publique, voire de ne pas mettre en danger autrui par leurs comportements. Ils peuvent combattre les représentations qui, chez les riverains, contrarient, voire empêchent la diffusion des idées et des valeurs propres à la réduction des risques. Ils essaient, par exemple, de leur faire entendre qu'il ne faut pas rabattre tous les consommateurs sur la figure du « tox » et, *a fortiori*, du « tox » violent et dangereux.

Leur intervention auprès des autres professionnels n'est guère différente parfois quant à son objectif que celle conduite auprès des habitants. Car il leur faut, là aussi, inlassablement expliquer à leurs interlocuteurs que les usagers de drogues ne sont pas tous, loin s'en faut, des « tox » dangereux.

Dans un autre registre, enfin, ils peuvent tenter de calmer les usagers qui répondent violemment à la violence qu'ils subissent, on l'a vu plus haut, dans le monde administratif ou hospitalier.

Enfin, ils s'interposent parfois entre les différents groupes d'usagers de drogues afin de contrer les logiques de stigmatisation réciproques qui y sont à l'œuvre et créent des tensions au sein même de l'accueil, dans les CAARUD.

Evaluation

Les professionnels des CAARUD doivent rédiger deux rapports d'activité. Le premier est le rapport ASA-CAARUD. Il s'agit d'un rapport type qui repose, pour l'essentiel, sur des indicateurs d'activité quantitatifs (file active annuelle, nombre de contacts annuels, de passage au stand, d'entretiens, de matériel de prévention mis à disposition des usagers, de kits fournis aux pharmacies, de seringues usagées récupérés...). Ce rapport est destiné à la Direction générale de la santé (DGS) et constitue une base pour établir des statistiques au niveau national. Il permet d'observer les évolutions du territoire, de vérifier l'adéquation des moyens aux besoins du territoire et d'apprécier la pertinence d'une

politique publique par rapport à l'objectif poursuivi. Le second est de nature plus qualitative. Il a pour objectif d'explicitier les modes de calcul des indicateurs utilisés dans ASA-CAARUD et de leur donner sens. Il est plus particulièrement destiné aux services de l'ARS plus soucieux de pouvoir disposer d'une information sur l'activité réelle du CAARUD, sur les événements qui ont jalonné l'année qui vient de s'écouler, sur les difficultés qu'il rencontre ; plus soucieux de donner sens aux évolutions quantitatives dégagées dans le premier rapport.

Pour les professionnels, Il est difficile de mesurer une activité qui n'est pas productrice de biens matériels et qui, le plus souvent, ne peut obtenir de résultats que sur le long terme. Comment prendre en compte les spécificités du public des CAARUD, ses difficultés, sa galère, ses comportements imprévisibles ? Comment prendre la mesure des progrès réalisés par *celui-ci* car ce qui, ici, peut paraître banal, voire quasi insignifiant pour un regard extérieur peut constituer une avancée réelle, significative et parfois considérable, voire inespérée pour lui : le fait, par exemple, qu'il vienne régulièrement aux rendez-vous, qu'il prenne une douche, qu'il dispose désormais d'une carte d'identité...

Les modes d'évaluation actuels occultent une part importante du travail réel accompli par les professionnels. Ils ne prennent pas suffisamment en compte les efforts qu'ils déploient dans leur pratique d'accompagnement, l'ingéniosité et la ténacité dont ils font preuve. Il ne suffit pas de compter le nombre d'usagers de drogues reçues ou de matériels distribués, il faudrait encore compter le nombre de coups de téléphone donnés et surtout prendre en compte tout ce qui ne peut être compté. L'usage d'indicateurs quantitatifs ne saurait en effet ici suffire. Sachant qu'un nombre faible peut cacher une activité intense et de qualité. Mais comment mettre en mots ce qui, dans leur pratique professionnelle, relève du vécu, de l'affect ?

Les professionnels des CAARUD subissent-ils des pressions pour « faire du chiffre » ? Non parce que nul objectif chiffré (en matière de nombre d'accueils, d'accompagnements, d'orientations...) n'est fixé et ne leur est imposé. Oui parce que la lecture du bilan de l'année, tel qu'il a été établi selon les modes de calcul en vigueur des indicateurs, peut parfois leur donner l'impression qu'ils n'auraient guère obtenu de résultats.

Dimensions affectives et éthiques de l'activité

Pour les professionnels des CAARUD, le plaisir naît notamment de la possibilité de palper le travail accompli, de pouvoir énoncer des résultats concrets pour tel ou tel usager

de drogues. Des résultats qui, parfois, ne font sens que pour l'utilisateur et eux-mêmes parce que situés hors du champ balayé par le regard évaluateur dominant. Pour eux, la souffrance émerge lorsque leur activité est entravée, voire empêchée, le plus souvent faute de pouvoir disposer sur le versant institutionnel des moyens qui leur permettraient de répondre aux besoins des usagers. Elle émerge, par exemple, lorsqu'ils ne parviennent pas à héberger une personne durant la période hivernale ou plus tard, lorsqu'ils doivent signifier à celle qu'ils ont réussi à héberger qu'il lui faut retourner à la rue. Dans de telles situations, ils sont conduits à se poser des questions sur leur utilité, sur la finalité de leur mission. Des sentiments d'impuissance, d'échec, voire de rage mais aussi, parfois, de culpabilité, sinon de honte dominant alors leur affectivité.

Faire de la réduction des risques nous projette aussi dans le monde de l'éthique, ou plus précisément de l'éthique de la proximité.

Pour la plupart des professionnels, un tel *faire avec* et *pour* l'autre engage tout d'abord une éthique de la fidélité. Ils continuent à tracer un même sillon, en continuant parfois celui de l'autosupport, même si la professionnalisation requiert d'eux quelques ruptures dans leurs positionnements, notamment vis-à-vis des institutions. Ils persévèrent dans une manière d'être qui a été le fruit d'une décision prise à l'occasion d'un événement historique et/ou biographique.

La position d'un professionnel qui fut usager de drogues est ici particulièrement significative. Pour lui, ce *faire-là* ne relève pas seulement d'un travail intéressant, passionnant mais s'impose sur le mode d'une nécessité, revêt un caractère naturel, normal, pleinement légitime et ne mérite pas d'être un seul instant questionné. Il est une façon d'être fidèle à ce qui a pu faire événement dans sa vie : sa sortie du « produit ». Fidèle, donc, a une décision prise à cette occasion, à une manière d'être et de faire. Volonté de rendre à d'autres ce qui lui avait été donné par son éducateur. Surtout que ce dernier ne lui avait donné que cette présence, cette écoute, cette attention mais que celles-ci lui avaient permis, à chaque fois, d'aller mieux.

Un tel *faire* engage ensuite une éthique de la décision. Les professionnels sont souvent confrontés au fait de devoir prendre des décisions difficiles parce qu'elles leur demandent d'arbitrer entre différentes contraintes, de prendre en compte des exigences contradictoires. Des décisions difficiles parce que leurs conséquences sont, dans certains cas, peu prévisibles et susceptibles d'aggraver la situation sociale et sanitaire de leur interlocuteur. Par exemple, faut-il apporter une aide financière à une personne lorsqu'on sait qu'elle est susceptible de la précariser plus encore s'il décide de l'utiliser pour acheter

de la drogue ?

Parce qu'ils sont souvent conduits à prendre de telles décisions en s'appuyant sur leur propre subjectivité, sans attendre la réunion d'équipe, et parfois sans en référer à leur hiérarchie, ils sont désignés par la notion d'électrons libres. Mais cela n'implique point que l'on réduise l'éthique à une affaire purement individuelle, que l'on expulse de sa pratique tout moment collectif. Bien au contraire, la complexité des questions est telle que l'on aurait tort de ne pas faire appel à la multiplicité des points de vue. On dira alors que l'échange entre professionnels au sein d'une équipe est ici un temps pas moins consubstantiel à cette éthique que celui de la décision solitaire en situation. Cela parce qu'il permet à chacun de bénéficier de l'apport de tous les autres mais aussi d'alimenter la philosophie d'action de la réduction des risques.

Questions

Parmi les nombreuses questions qui ont fait débat lors de cette recherche-intervention, nous en retiendrons ici quelques-unes en guise d'ouverture. Nous les ordonnerons essentiellement autour du public, des principes de la RdR et de l'hébergement et/ou logement. Faut-il étendre le public des CAARUD ou alors considérer cette structure comme un outil parmi d'autres de la RdR ? Faut-il, sur un plan local mais cela vaut aussi pour les autres départements, dresser une carte de la Seine-Saint-Denis qui permettrait d'identifier des typologies d'usagers, des problématiques spécifiques en matière de produits, de modes d'intervention ? Quel devenir pour les principes originels de la RdR ? Devons-nous remplacer le terme « bas seuil » par celui de « seuil adapté » ? Devons-nous ajouter la notion d'avant-première ligne à celles de « première ligne » et « deuxième ligne » ? Faut-il un hébergement adapté aux usagers de drogues alors qu'ils partagent avec toutes les autres personnes en situation de grande précarité une seule et même condition ? Peut-on, enfin, penser le logement sur le modèle de la RdR ?

Diversifier les publics des CAARUD et/ou les structures RdR ?

Faut-il étendre le public des CAARUD afin de pouvoir répondre à des besoins qui ne seraient pas aujourd'hui satisfaits ? Ou alors faut-il poser le problème autrement ? Considérer plutôt le CAARUD comme un outil parmi d'autres de la RdR, dont la mission spécifique serait d'aborder cette dernière en travaillant avec un public en situation de

précarité ?

Pour certains professionnels, il s'agirait d'ouvrir de nouveaux champs d'intervention professionnelle afin d'aller au-devant des teuffeurs sur les scènes « techno ». Une telle orientation semble aujourd'hui plus nécessaire encore en raison de la fermeture de la mission rave de MdM, de l'augmentation de la fréquence et de l'éclatement des scènes, de leur démultiplication dans l'espace public (il y aurait plus de scènes de 500 personnes, et moins de 2000 personnes). Force est de constater que les associations communautaires comme techno ne peuvent pas tout couvrir dans leurs interventions.

Mais il s'agirait aussi d'aller au-devant des hommes et des femmes qui ne sont « ni pauvres, ni teuffers », dont l'usage et la vie ne sont pas marqués par la précarité et les difficultés mais qui peuvent prendre des risques en les consommant, faute d'être suffisamment informés, de disposer de connaissances adéquates sur les produits. Pour ces professionnels, il serait alors possible non seulement de répondre à un besoin réel d'information pour ces milieux mais aussi, en cessant de n'intervenir qu'auprès des personnes en situation de précarité, de lutter efficacement contre leur stigmatisation. D'une pierre, deux coups ? Dans ce cadre-là, une coopération féconde avec les étudiants de l'Université Paris 8¹⁷⁰ pourrait être envisagée.

D'autres publics existent, en effet, qui pourraient bénéficier d'une offre en matière de RdR. Comme celui des cadres ou, pour faire image, des « costards cravates » qui travaillent dans le quartier d'affaires de La Défense, à Paris. Ceux-là, certes, parce que « bien insérés », n'ont nullement besoin des prestations sociales et sanitaires qui sont fournies par les CAARUD. Ils n'ont nullement besoin de douches, de machines à laver ou encore d'accompagnement social et psychologique. Mais ils ont besoin, par contre, d'informations et de conseils sur la réduction des risques car nombre d'entre eux s'inscrivent dans des usages de drogues qui mettent en cause, parfois gravement, leur santé (notamment lorsqu'ils pratiquent le « café gitan » qui consiste à faire infuser de la nicotine dans le café¹⁷¹). Comme celui des sportifs qui font usage des stéroïdes anabolisants¹⁷² pour accroître leur performance. Comme celui des amateurs de jazz,

¹⁷⁰ Prenant la suite du Centre universitaire expérimental de Vincennes créé dans le sillage des événements de mai 68, Paris 8 est implantée à Saint-Denis depuis 1980.

¹⁷¹ Café gitan mais aussi coke, antidépresseurs ou encore modafinil (une molécule qui suspend les mécanismes du sommeil sans provoquer les effets secondaires de la coke...). Se reporter à <http://www.technikart.com/archives/4980-defonce-a-la-defense>

¹⁷² Les stéroïdes anabolisants, également connus sous le nom de stéroïdes androgéniques anabolisants ou SAA, sont une classe d'hormones stéroïdiennes liée à une hormone naturelle humaine : la testostérone. Ils ont notamment pour effet d'augmenter la synthèse des protéines dans les cellules, entraînant une augmentation de tissus cellulaires (anabolisme), en particulier dans les muscles.

de rock ou des clubbers qui, contrairement aux teuffeurs, ne sont jamais destinataires de flyers alors qu'ils sont de grands consommateurs de cocaïne ou d'ecstasy. Ceux-là ne sont guère, pour le moment, favorables à une intervention RdR qui, selon eux, est en soi porteuse de stigmates et est susceptible d'attirer l'attention de la police sur l'existence d'une consommation illicite et d'entraîner une fermeture administrative de l'établissement. Ou encore comme celui des adolescents qui consomment notamment beaucoup de solvants, de « déo » (déodorants), et de poppers.¹⁷³

Ces professionnels considèrent qu'ils pourraient travailler avec des publics non précarisés. N'accueille-t-on pas, sur les unités mobiles, à Saint-Denis, un « public bien inséré » qui ne ressemble pas du tout à celui que les professionnels des CAARUD reçoivent ? Ne pourraient-ils pas faire de même au sein de leur local ? Et d'ores et déjà, ne répondent-ils pas, parfois, à des demandes qui ne s'inscrivent pas dans leur champ d'intervention habituel ? N'ont-ils pas la visite, de temps en temps, de personnes bien insérées qui leur demandent du matériel ? Ne sont-ils pas, par exemple, intervenus tout dernièrement sur la drogue et la sexualité suite à une demande qui leur a été adressée par un centre pour handicapés ? Ne sont-ils pas, parfois, sollicités par des directions de clubs en raison de l'existence en leur sein de problèmes avec le GHB ?¹⁷⁴ Même si cette demande est moins motivée par un souci de prévention ou de réduction des risques que par un souci d'image. Même s'il s'agissait avant tout d'éviter des départs de consommateurs en difficultés avec ce produit avec l'aide du SAMU social.

D'autres professionnels considèrent que le mode d'intervention et les outils propres au CAARUD ne sont pas forcément adaptés à certains publics et problèmes. Ils défendent l'idée d'une démultiplication de ces modes d'intervention et de ces outils afin de pouvoir relever l'ensemble des défis actuels en matière de RdR sanitaires et sociaux. Ainsi, l'outil Internet pourrait de ce point de vue constituer un vecteur privilégié si l'on construisait des sites sur lesquels les personnes appartenant au « public inséré » seraient susceptibles de trouver informations et conseils. Ceux-là considèrent en outre que toute extension de leur public ne peut aujourd'hui que porter atteinte à leurs missions premières qu'ils ont déjà bien du mal à remplir faute de disposer de moyens techniques et humains suffisants,

¹⁷³ Les poppers ont pour effet de dilater les vaisseaux sanguins. Initialement utilisés en médecine pour le traitement de certaines maladies cardiaques, ils ont été classifiés en tant que stupéfiant par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Ils ont la réputation d'aider à détendre l'individu, de provoquer une excitation, de donner des bouffées vertigineuses brèves, des sensations de chaleur interne et une sensualité exacerbée. Considérés comme des aphrodisiaques, ils sont vendus en sex-shop.

¹⁷⁴ L'acide 4-hydroxybutanoïque ou gamma-hydroxy butyrate ou GHB est un psychotrope dépresseur, utilisé à des fins médicales ou à des fins détournées. Il est parfois appelé « drogue de viol ».

d'être à même de couvrir l'ensemble du territoire national, d'assurer un maillage suffisant de celui-ci. Il y aurait là un risque de dispersion, de déperdition des forces au moment même où il faudrait, au contraire, les concentrer, et en maximiser l'usage.

Seule cette diversification des structures RdR permettrait aux uns et aux autres, en croisant les expériences respectives, d'apprendre, de s'enrichir, de s'apporter mutuellement des savoirs sur les usages, les positionnements RdR et les manières de s'y prendre. Elle serait d'autant plus nécessaire que la reconnaissance et l'institutionnalisation des CAARUD sous la forme d'établissements médico-sociaux seraient susceptibles, à terme, de contrarier, voire d'empêcher l'innovation, l'invention de nouvelles pratiques ? Ceux-là remarquent à ce propos que les CAARUD qui ont une origine associative auraient conservé une certaine capacité créatrice, plus en tout cas que ceux qui sont plus liés au secteur hospitalier, notamment au CSAPA.

Faut-il construire des cartes du Département ?

Serait-il judicieux de dresser une carte du Département de la Seine-Saint-Denis qui permettrait d'identifier des typologies d'usagers, des problématiques spécifiques en matière de produits, de modes d'intervention ? Sans doute oui mais en prenant garde d'éviter deux pièges majeurs :

- celui qui consisterait à figer les situations qui sont ici très mouvantes en raison d'une multitude de facteurs. Les usagers de drogues ne stationnent pas à un point de l'espace. Ils se trouvent souvent à proximité des scènes de deal. Or, ces dernières ne cessent de se déplacer, de se délocaliser pour de multiples raisons, notamment parce que les dealers veulent échapper à la surveillance policière, voire refusent la présence en leur sein des professionnels des CAARUD,
- celui qui consisterait à donner l'impression d'une couverture quasi-totale du territoire par l'activité des CAARUD alors que certaines parties de celui-ci ne le sont pas ou peu (par exemple, une demi-journée par semaine).

Quel devenir pour les principes de la RdR ?

Nous sommes revenus dans notre texte sur les trois grands principes de la réduction des risques (RdR) ; sur la proximité, sur le non-jugement, et sur l'éducation par les pairs.

Peut-on dire que ces derniers gardent intact leur rôle structurant vis-à-vis de ce champ, vis-à-vis de ses pratiques professionnelles et militantes ? Ont-ils fait l'objet d'une évolution ? Si oui, laquelle ? Ont-ils été affectés dans leur contenu même par le mode de professionnalisation actuel ? A y regarder de près, il semble que ces principes soient confrontés à des destins différents.

La proximité est toujours là, imprègne fortement les pratiques, participe de leur orientation. Les professionnels la font vivre avec beaucoup de finesse dans les trois grandes fonctions : dans le travail de rue bien sûr mais aussi dans l'accueil et l'accompagnement. Ils s'inscrivent ici dans le sillon tracé par les pionniers, notamment par les militants d'Asud ou les bénévoles de Médecins du Monde même si le manque de formation de nombre d'entre eux et la diminution de la part de ceux qui viennent de l'autosupport représentent ici un réel handicap.

S'ils sont toujours dans la proximité ou du moins tentent de l'être, ils ne sont pas, par contre, toujours dans le non-jugement. En fait, ils ne l'appliquent qu'avec beaucoup de discernement. Pour eux, un tel principe est nécessaire pour battre en brèche toute posture ou attitude se raidissant dans un moralisme inefficace mais ne doit pas pour autant devenir un dogme, mérite d'être énoncée sans manichéisme car évoluant au grès de la construction de la relation et de ses aléas. Ainsi, on l'a vu, ils préfèrent exprimer à l'usager leur désaccord et ils sont parfois conduits se mettre en colère contre lui plutôt que de rester indifférent (à son sort). Il y a là une façon de ne pas trahir la confiance qu'il leur accorde ; une façon qui témoigne de l'intérêt qu'ils lui portent. Mais on peut se demander si un tel décalage entre la pratique et le discours tenu sur celle-ci constitue vraiment une nouvelle réalité. Dans la démarche que nous animions, il y a plus de 10 ans, avant donc que la loi sur les CAARUD eût été promulguée, certains intervenants en voie de professionnalisation prenaient déjà de la distance vis-à-vis du non-jugement.¹⁷⁵ Ce qui donc importe, et cela nous semble essentiel de l'énoncer en ces termes-là dans une perspective de réduction des risques, c'est moins le fait de ne pas juger - est-ce toujours

¹⁷⁵ Dans son écrit, Mansour Hammadi qui était un intervenant originaire de l'autosupport interrogeait ainsi ce principe de non-jugement qui s'imposait à tous durant les séances de travail et qu'aucun n'avait peut-être osé contester : « On dit généralement que l'on ne porte pas de jugement sur le choix et le mode de vie des personnes rencontrées. Moi, je porte des jugements puisque je considère que certains comportements sont crapuleux. Moi, je sais qu'on peut être un drogué, un voyou, être dans l'illégalité et la délinquance mais avoir des principes. J'ai vécu là-dedans. Je peux le dire. Par exemple, ne pas attaquer les gens. On était dépendant mais on n'allait pas arracher une chaîne à une personne. On ne pouvait pas le faire. Je considère donc que certains comportements sont crapuleux mais je n'en tiens pas compte. Je ne mets pas pour autant la personne sur le côté et je réponds aux questions qu'elle me pose. » (Hammadi, 2002, p.107).

possible ?¹⁷⁶ Est-ce toujours souhaitable ? - que le fait de continuer à faire *avec* et *pour* l'autre quel que soit le jugement qu'on porte sur lui, la réprobation qu'il peut parfois légitimement susciter. Ce qui importe, c'est le fait de mobiliser une éthique qui nous dit qu'il y a toujours quelque chose à faire (Levinas, 1982). En fait, plutôt que de trouver un prétexte pour laisser l'autre sur le (bas) côté, il nous faut rester, quoi qu'il arrive, quoi qu'il fasse, à ses côtés.

Enfin, la plupart des professionnels des CAARUD engagés dans la démarche ne considèrent plus les usagers comme des pairs avec lesquels ils pourraient travailler car ces derniers et tout particulièrement les crackers ne disposeraient, selon eux, d'aucune légitimité pour cela. Une telle position mérite d'être questionnée car il y a là une remise en cause de ce qui permit l'ouverture de ce champ, de ce qui fut son originalité et sa force : l'alliance entre usagers, praticiens et chercheurs. Faut-il attribuer cette remise en cause à son mode de professionnalisation qui privilégie un axe strictement médico-social ?

Bas seuil ou seuil adapté ?

Qu'est-ce qu'une structure exige des usagers pour les recevoir, les prendre en charge ? Plus les exigences sont élevées, plus le seuil est (placé) haut. Si la structure exige que la personne se conforme à la norme sociale dans ses comportements, respecte scrupuleusement les codes en vigueur dans son enceinte, reste dans un cadre donné et ne transgresse pas certaines limites précises, et puisse aussi exprimer une demande, élaborer un projet (par exemple, un projet d'abstinence et de sevrage dans le cas de l'hôpital), la structure peut alors être dite à « haut seuil ». Le propre des publics des CAARUD, c'est précisément de ne pas pouvoir répondre à de telles exigences. Doit-on pour autant parler en termes de « bas seuil » ? Il est évident que l'emploi d'un tel terme est stigmatisant. D'autant plus que l'on peut avoir tendance à coller « bas seuil » non seulement à la structure, à l'occurrence au CAARUD mais aussi aux personnes elles-

¹⁷⁶ Des philosophes considèrent que la suspension du jugement de valeur est de l'ordre de l'impossible. Nietzsche, par exemple, écrivait : « La vie elle-même nous force à déterminer des valeurs, la vie elle-même évolue par notre entremise lorsque nous déterminons des valeurs... » Se reporter à Nietzsche, F. (1888)-1908. « Le Crépuscule des idoles », in *Œuvres complètes*, tome 12, Paris, Mercure de France, p. 142. Pour lui, on ne saurait percevoir sans être porté à poser un jugement de valeur : « Des jugements de valeur sont impliqués dans toutes les activités sensorielles. Des jugements de valeur sont impliqués dans toutes les fonctions de l'être organique (...) » Se reporter à Nietzsche, F. 1968-1997. « Fragments posthumes », 26 (72), in *Œuvres complètes*, tome 10, Paris, Gallimard, p.190.

mêmes. Le fait de dire « public bas seuil », voire « bas seuil » en sous entendant qu'il s'agit là d'un public fait violence et participe du processus d'exclusion des personnes qui en font partie.

La notion de « seuil adapté » est sans doute préférable à celle de « bas seuil » si l'on veut éviter l'activation des logiques propres à la stigmatisation mais aussi si l'on veut rendre compte de la nature des tâches à accomplir. Une rapide mise en perspective des caractéristiques des publics du YUCCA et de PROSES permet de bien mesurer l'importance de cette distinction pour la mise en œuvre de l'activité de travail elle-même. Le public du YUCCA vit (majoritairement) dans les cités, est confronté à des problèmes de dettes alors que celui de PROSES est dans la rue, dans les squats et n'a, semble-t-il, plus rien à perdre. De fait, les professionnels ne sont pas confrontés aux mêmes tâches, doivent, on le verra plus loin, résoudre des problèmes différents dans leur activité d'accompagnement.

Certains participants considèrent que le mot « bas seuil » participe d'un processus de stigmatisation qui enfermerait leur public et impacterait leur prise en charge. D'autres sont ici plus partagés ou plutôt ont tendance à relativiser ses effets sur les usagers de drogues et les pratiques professionnelles. Ils rappellent que ce mot n'est jamais prononcé en présence des usagers de drogues, que son usage est circonscrit aux relations entre professionnels. Ils considèrent que c'est le mot « CAARUD » lui-même qui provoque cette stigmatisation, que le fait d'utiliser un autre terme que celui de « bas seuil » ne changerait pas grand-chose à cette situation.

Première ligne ou avant-première ligne ?

Certains participants s'en tiennent à la distinction désormais classique entre première et deuxième ligne. Appartiendraient à la première ligne les professionnels qui iraient à la rencontre, au contact direct avec les usagers, là où ils vivent et consomment les drogues. Appartiendraient à la deuxième ligne ceux qui les accueilleraient.

D'autres proposent l'introduction de la notion d'« avant-première ligne ». Dans cette optique, appartiendraient à cette avant-première ligne les professionnels des CAARUD qui font du travail de rue, qui se rendent là où vivent les usagers de drogues, dans les sous-sols, les parkings, les tunnels autoroutiers, les caves, les bars... à la première ligne ceux dont l'accueil est, on vient de le voir à l'instant, adapté ; à la deuxième ligne, enfin, ceux qui recevraient des usagers qui seraient déjà dans la formulation d'une demande, dans

l'élaboration d'un projet. Chaque ligne correspondrait en fait à un moment particulier de la rencontre avec les usagers ou encore à un palier dans un parcours visant la réduction des risques.¹⁷⁷

La ligne correspond en fait à une forme d'intervention, à une posture, à un type de relation avec les usagers, à un moment de la rencontre avec eux. Les professionnels ne sont donc pas toujours assignés à une seule ligne. Ils peuvent passer d'une ligne à l'autre au cours de leur activité. Lorsqu'ils alternent travail de rue et accueil, ceux des CAARUD passent de l'avant-première ligne à la première ligne et vice-versa. Lorsqu'il effectue une orientation, il passe (généralement) le relais à un professionnel qui intervient en deuxième ligne.

Faut-il un hébergement adapté aux usagers de drogues ?

Les professionnels sont aussi en relation avec des personnes qui survivent dans la rue avec des affections graves. Des personnes pour lesquelles aucun type d'hébergement ne semble approprié. Ni les appartements thérapeutiques classiques parce que leur santé physique et psychique est trop ébranlée, abîmée, atteinte, ni les appartements thérapeutiques psychiatriques parce qu'ils ne souffrent pas d'une maladie mentale avérée. Voir ainsi ses personnes mourir sous leurs yeux sans pouvoir agir vraiment leur est insupportable. Face à cela, ils ressentent une forte colère et proposent la création d'une structure nouvelle qui leur permettrait de pouvoir entrer et sortir librement, selon leur souhait et leur besoin, un peu, pour faire image, comme dans le système de la chatière. Une structure qui leur offrirait également un plateau technique¹⁷⁸ et alimentaire approprié.

Faut-il un hébergement adapté aux usagers de drogues ? Faudrait-il cela parce qu'ils seraient en général plus fortement stigmatisés¹⁷⁹ que d'autres publics par les

¹⁷⁷ Il n'est pas inutile de préciser qu'il s'agit ici d'un parcours (parmi d'autres) visant la RdR et non du parcours type que l'on pourrait concevoir pour la RdR.

¹⁷⁸ Ensemble des équipements permettant l'offre de soins dont dispose un CAARUD.

¹⁷⁹ Il y a là bien sûr un propos général qui mérite d'être fortement nuancé. D'une part, tous les professionnels exerçant dans le cadre du droit commun ne sont pas engagés dans des pratiques de stigmatisation vis-à-vis des usagers de drogues. D'autre part, le fait d'adhérer aux principes de la RdR ne supprime pas toute pratique stigmatisante chez les professionnels des CAARUD. Sans doute échappent-ils aux pratiques les plus ouvertes, à celles qui se traduisent par des formes de rejet violent. Aucun d'entre eux, bien sûr, ne dira : « *On n'a pas ça chez nous !* » Mais pour les participants à la démarche, certaines manières de faire peuvent contribuer à nourrir une forme de stigmatisation. Le fait, par exemple, de devoir être plusieurs professionnels pour ouvrir, le matin, le CAARUD revient finalement à attribuer une certaine dangerosité à l'usager de drogues. De même, le fait de conseiller à une intervenante de ne pas être trop féminine parce que leurs interlocuteurs présenteraient des carences affectives, présuppose chez ces derniers une certaine incapacité à élaborer et à « maîtriser » leurs pulsions.

professionnels qui interviennent dans les structures de droit commun ? Parce qu'il y aurait là une façon de les soustraire à cette violence symbolique ? On peut cependant se demander si le remède n'est pas pire que le mal ; si, en procédant ainsi, on ne participe pas à ce que l'on veut combattre ; si le fait d'offrir une structure spécialisée à ces personnes ne vient pas finalement renforcer leur stigmatisation. Les participants à la démarche sont alors conduits à poser la question de la pertinence de l'existence d'un hébergement spécifique et opteraient plutôt pour la construction d'une offre d'hébergement pour toutes les personnes abimées par la rue et dont la situation de grande précarité rend plus difficile, voire empêche l'accès à un logement de droit commun. Mais une telle orientation, si elle devait être prise, exigerait la mise en place d'actions et de formations qui permettraient aux professionnels de ne pas être trop vite dans le jugement de l'autre, et sa stigmatisation.

Faut-il promouvoir un modèle RdR du logement ?

Peut-on penser le logement sur le modèle de la RdR ? Une démarche expérimentale intitulée « un chez soi d'abord » (traduction française d'Housing First) a été mis en place sur quatre sites (Paris, Marseille, Lille, Toulouse) suite à un rapport remis au Ministère de la santé et des sports par le psychiatre de rue Vincent Girard.¹⁸⁰ Ses bénéficiaires sont des personnes sans abri souffrant de troubles mentaux ou d'addictions. Elle consiste finalement à inverser les logiques habituelles de prise en charge puisqu'on ne considère pas le logement (provisoire puis durable) comme le but à atteindre (suite à leur hébergement et à leur passage dans des structures (ambulatoire ou hospitalières) de soins mais comme un préalable à l'insertion et aux soins. Les expérimentations conduites dans les pays d'Amérique du Nord témoigneraient de l'intérêt d'une telle inversion.

Propositions

Nous ne saurions clore ce rapport sans formuler un certain nombre de propositions concrètes susceptibles de favoriser la professionnalisation des structures et de leurs salariés et l'amélioration de la qualité du travail accompli par ces derniers en faveur des

¹⁸⁰ GIRARD, V. ; ESTECAHANDY, P. & CHAUVIN, P. 2009. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.* Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports.

personnes usagères de drogues. Nous les ordonnerons autour de trois axes : ceux de la formation, de l'hébergement et de l'évaluation.

Renforcer la formation des professionnels

Plus haut dans notre texte, nous avons porté un jugement plutôt sévère sur l'offre de formation tant initiale que continue. Et nous avons souligné combien cela pouvait remettre en cause la qualité du travail des équipes, notamment en raison d'un turnover important.

Que faire alors ? Nous proposerons ici quatre pistes. La première porte sur une première sensibilisation des étudiants sur l'usage des drogues et la réduction des risques liés à celle-ci lors de leur formation initiale. La deuxième sur un renforcement de la dynamique des sites qualifiants. La troisième sur le développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE). La quatrième sur la mise en place de groupes interqualifiants dans le cadre de la formation continue.

On entend souvent que le dispositif de la formation initiale ne doit (et/ou ne peut) qu'offrir un tronc commun permettant l'acquisition de compétences transversales susceptibles d'être ensuite mobilisées dans l'ensemble du secteur médico-social et qu'il revient à la formation continue de permettre l'acquisition de compétences plus spécifiques à un champ donné de celui-ci.¹⁸¹ Et on ajoute parfois que l'on n'éprouverait pas plus de difficultés à prendre fonction dans le champ de la réduction des risques que dans celui de la prévention spécialisée, par exemple. Une telle réponse n'est pas dénuée de pertinence et de fondement. Aucune formation initiale, aussi solide et large soit-elle, ne saurait ici être suffisante, ne saurait garantir qu'un nouvel entrant dans un champ donné soit capable de répondre, ne serait parfois que de manière minimale, à certaines de ses exigences propres.

Mais on peut se demander si les thèmes évoqués ci-dessus ne mériteraient pas précisément d'être aujourd'hui intégrés dans le tronc commun, dans les enseignements prévus dans les domaines de compétences. Cela, parce que les pratiques liées aux drogues (usages et/ou trafics) ne cessent de déstabiliser au quotidien nombre de professionnels de ce secteur (et au-delà de ce dernier) dans leur pratique ; cela, parce

¹⁸¹ Les éducateurs spécialisés sont ainsi formés pour intervenir en institution auprès de publics ayant un handicap, de jeunes enfants, de jeunes délinquants ou de personnes ayant ou une incapacité liée à l'âge ou encore en milieu ouvert...

que le (positionnement de) proximité et la (pratique de la) réduction des risques, sous des formes qu'il faudra sans doute à chaque fois réajustées, repensées, réinventées, constituent des réponses privilégiées.

Nous devons aussi rappeler ici que nombre de participants à notre démarche ont évoqué, dans leur récit, le rôle déclencheur d'un stage réalisé dans le cadre de la formation initiale. C'est dans ces circonstances-là, à ce moment-là, qu'ils ont découvert les CAARUD ou d'autres lieux de la RdR et compris qu'ils pouvaient, dans de telles structures, investir leur désir de défendre une cause, de faire valoir les droits des usagers de drogues, de leur permettre de vivre mieux sans les contraindre à arrêter leur consommation. C'est à cet endroit-là qu'ils ont compris qu'ils pouvaient persévérer, rester fidèle à un évènement fondateur, voire que ce dernier en tant que tel est advenu pour eux. Sachant cela, on comprendra alors qu'il est important que les CAARUD puissent se positionner en tant que lieu de stage et, surtout, vis-à-vis des étudiants des instituts de formation en travail social ou en soins infirmiers, se donner tous les moyens institutionnels, organisationnels et humains de fonctionner comme site qualifiant.

On ne niera pas que la loi qui a institué les CAARUD a eu pour effet de renforcer le dispositif RdR en permettant la mobilisation, en son sein, de compétences liées aux métiers du secteur médico-social.¹⁸² Mais elle a eu en même temps pour effet, semble-t-il, de disqualifier et de déclasser¹⁸³ les personnes qui disposent de compétences issues de l'expérience de l'usage de drogues. Lors d'une recherche-intervention conduite il y a plus de dix ans à Marseille, nous avons pu mesurer l'importance de leur présence au sein des équipes.¹⁸⁴ Ils avaient notamment pour rôle de transmettre les savoirs d'usage, ou encore de former leurs collègues (on a envie de dire ici « leurs compagnons ») tout particulièrement à l'art si difficile du travail de rue en travaillant en binôme avec eux. En réduisant considérablement leur poids au sein des structures, en rompant l'équilibre qui caractérisait les équipes d'autrefois, ne risque-t-on pas alors de porter atteinte à la culture

¹⁸² Dans certaines régions, les organismes de tutelle demandent à ce que les nouveaux embauchés soient des diplômés du médico-social.

¹⁸³ Les professionnels se retrouvent généralement en bas des grilles de classification parce que les conventions collectives de ce secteur ne reconnaissent pas du tout les compétences d'usage.

¹⁸⁴ CAUSSE, L. ; ROCHE, P. 2002. *Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue*. Avec la participation de Salah Aggal, Nadia Benmeni Rabah Kesri (SOS Drogue International), Cédric Chater, Patricia Crépin, Djamel Mouffok, Mathieu Rabouin (Aides Provence), Mansour Hammadi, Djamel Ben Mohammed, Stéphane Rolland (Médecins du Monde). Mission Sida Toxicomanie Ville de Marseille, Céreq.

de la réduction des risques elle-même, à la capacité d'innovation, d'invention et de création de ceux et de celles qui la font vivre ? Ne risque-t-on pas de dilapider ce qui constituait sa richesse originelle ? Pour parer à ce danger, il n'y a guère, semble-t-il, qu'une réponse : celle qui consisterait à redynamiser pour ce secteur le dispositif de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Une réponse qui implique avant tout un renforcement des pratiques d'accompagnement des professionnels qui s'y engagent afin de les aider à surmonter les obstacles tant objectifs (matériels et temporels notamment) que subjectifs (peur, appréhension voire culpabilité, honte...) qu'ils ne manqueront pas de trouver sur leur chemin.¹⁸⁵

Enfin, l'usage des drogues et ses conséquences sociales et sanitaires font partie de ces situations critiques et multidimensionnelles qui appellent de nouvelles alliances professionnelles seules susceptibles d'apporter des réponses à la mesure de leur complexité, et imposent la mise en place de ce que nous appelons des ateliers interqualifiants.¹⁸⁶ On l'a vu, un atelier de ce type existait, il y a quelques années, en Seine-Saint Denis. Il réunissait des professionnels appartenant à des institutions diverses sur les questions du VIH, du VHC, de l'héroïne, du crack. Il constituait un lieu d'information

¹⁸⁵ Les enjeux sociaux et subjectifs de ce type d'engagement formatif dans le champ de la réduction des risques liés à l'usage des drogues ne sont peut-être guère différents de ceux que nous avons analysés dans d'autres secteurs du monde du travail. Se reporter à ROCHE, P. 2000, « Au nom des enfants. Positions subjectives de mère et engagement formatif », *L'insertion professionnelle, La nouvelle revue de l' AIS*, n° 12, pp. 19-29 ; ROCHE, P. 2001. « La formation comme drame, L'exemple d'un groupe d'ouvrières de l'agro-alimentaire », *Santé mentale et changement dans les organisations, Les cahiers du changement*, n°6, pp.15-22 ; ROCHE, P. 2005. « Lutte contre l'illettrisme. Une expérimentation dans le monde du travail », *Bref, CEREQ*, n°221.

¹⁸⁶ Un groupe interqualifiant permet de mettre en réflexivité le positionnement professionnel à l'oeuvre tant dans les situations problèmes que dans les situations ordinaires de travail. Dans ce type d'atelier, chacun s'autorise à parler de ce qui ne peut l'être ordinairement en raison des défenses qu'il active. Il sait en effet que les autres participants partagent des difficultés semblables aux siennes et ont, comme lui, un fort désir de les surmonter. Il est également conscient de tout ce qu'il peut découvrir et apprendre en échangeant avec eux. Chacun peut rendre compte d'une décision difficile qu'il a dû prendre, parfois seul et en situation critique, au terme d'une délibération et d'un arbitrage entre différentes contraintes et exigences contradictoires. Chacun peut rompre les silences qui entourent son travail réel et ses difficultés, engager une parole sur tout ce qui résiste à sa volonté de maîtrise, le met en échec et parfois en souffrance. Mais chacun peut aussi témoigner de la façon dont il s'y est pris pour résoudre des problèmes qui, *a priori*, pouvaient paraître insolubles. Du sens chemine ainsi au travers de tout ce qui, dans les paroles des uns et des autres, se fait écho, entre en résonance. Puis, peu à peu, au gré des retours réflexifs successifs sur ces paroles, des savoirs partagés émergent. Il s'agit alors d'un espace de professionnalisation, d'interqualification, de construction de nouvelles formes de rationalité. Au terme de cette démarche, les professionnels construisent des positionnements plus aidants au quotidien, développent des coopérations horizontales plus efficaces et sont susceptibles de proposer des pistes de travail originales.

Se reporter à ROCHE, P. 2013. « Prévenir l'implication des jeunes dans le trafic des drogues. L'intérêt des espaces interqualifiants », *Bref*, n°306 ; ROCHE, P. 2013. « Espaces interqualifiants et prévention de l'implication des jeunes dans le trafic de drogues », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°15, Érès, pp. 207-224.

mais aussi de formation, parfois d'échange autour d'un cas précis. Il a cessé de fonctionner à un moment donné parce que ses principaux animateurs sont partis et n'ont pas pu ou su passer le relais.

Un tel fait oblige sans doute à réfléchir sur les conditions de la pérennisation de ces groupes dont l'existence conditionne, dans un tel champ, les processus de professionnalisation eux-mêmes. Sans doute en ayant aussi le souci de préserver leur caractère transitionnel, en se gardant de toute institutionnalisation excessive.

Des groupes de ce type pourraient voir le jour selon des compositions variables. Ils pourraient réunir des professionnels des CAARUD et des CSAPA afin de réfléchir à une meilleure articulation entre pratiques de Réduction des Risques et pratiques de soins mais ils pourraient aussi, en fonction des objets, s'élargir à d'autres intervenants du secteur médico-social et au-delà de ce dernier. Ils pourraient intégrer des (représentants des) habitants. Ils pourraient enfin et surtout réunir, sur un territoire donné, des praticiens, des (représentants des) usagers (nous pensons notamment à ASUD) ainsi que des chercheurs et, ce faisant, renouer avec une forme d'alliance qui permit l'ouverture de ce champ et qui constitua jusqu'à récemment son originalité et sa force. Mais encore faut-il ici que les professionnels des CAARUD reconsidèrent les usagers comme des pairs avec lesquels ils pourraient travailler, comme des acteurs qui disposeraient d'une légitimité pour cela (même s'ils sont crackers) et non comme de simples utilisateurs d'un système lui-même de plus en plus construit autour du soin. Autrement dit, encore faut-il qu'ils puissent rompre avec des représentations de l'altérité sociale (de l'utilisateur de drogues) générées par un mode de professionnalisation qui tend à ne privilégier que le seul axe médico-social.

Dans tous les cas, la mise en œuvre des groupes interqualifiants est nécessaire à la construction d'un partenariat de proximité plus efficace, au développement d'une coopération horizontale plus féconde. Les échanges qu'ils autorisent peuvent aider les professionnels des CAARUD mais aussi leurs partenaires à affronter avec succès ce que Max Weber nomme la « guerre des dieux »¹⁸⁷, autrement dit des conflits de valeurs et de représentations du bien liés aux différentes cultures professionnelles en présence ; des conflits qui prennent ici un tour d'autant plus violent que la philosophie d'action de la RdR reste encore très peu diffusée en France et, finalement, plutôt circonscrite à une pratique (l'injection par voie intraveineuse) et un risque (l'exposition au VIH) ; qu'elle doit faire face,

¹⁸⁷ Se reporter à WEBER, M. 1919-1963. *Le savant et le politique*, Paris, Union générale d'éditions. Coll. Le Monde en 10-18.

alors qu'elle est à peine naissante, à la montée en puissance d'une nouvelle discipline hospitalo-universitaire appelée addictologie ; que son existence même reste fragile, toujours menacée par le maintien d'un cadre législatif (issu de la loi de 1970) centré sur la prohibition de l'usage et la criminalisation des usagers et, au-delà, par la persistance de l'idée selon laquelle il faudrait faire la guerre à la drogue, sinon aux « drogués » et... à ceux qui travaillent avec eux.

Ces échanges peuvent donner une issue constructive plutôt que mortifère à ces conflits. Car ils favorisent l'inscription dans une logique intercompréhensive¹⁸⁸, et l'apprentissage du difficile travailler-ensemble. Car ils permettent à chacun de mieux faire le partage entre ce qu'il peut attendre de l'autre et ce qu'il ne peut pas en attendre. Car ils lui permettent, ce faisant, de tirer le meilleur profit de la complémentarité des rôles, des fonctions, des missions ou encore des positionnements.

Intégrer l'hébergement dans les missions du CAARUD

Notre recherche-intervention nous a permis de prendre la mesure de l'importance de l'hébergement. Ce dernier constitue en effet un outil précieux dans la pratique d'accompagnement à la réduction des risques et souvent - nous retrouvons là les enseignements majeurs de la démarche « un chez soi d'abord » - un préalable à l'insertion et aux soins. Mais elle nous a permis aussi de prendre la mesure des nombreuses difficultés auxquelles se heurtent ici les professionnels.

Ne faudrait-il pas alors intégrer formellement la mission de l'hébergement en tant que telle dans le cahier des charges des CAARUD ? Une telle mesure, si elle était prise, aurait le mérite de mieux reconnaître le travail réel des professionnels des CAARUD. Nous avons pu en effet constater qu'une part importante de leur l'activité tournait autour de cette question de l'hébergement et du logement. Et surtout elle aurait aussi le mérite de ne pas rajouter des difficultés aux nombreuses difficultés que nous avons évoquées dans notre rapport parce qu'ils ne seraient plus obligés, pour le coup, de renouveler et de ré-étayer chaque année leur demande pour leur public, parce qu'ils pourraient alors s'inscrire dans une forme de temporalité plus appropriée à la pratique de l'accompagnement.

¹⁸⁸ Parce qu'ils permettent à chacun d'accéder aux raisons qui poussent l'autre à faire ce qu'il fait, à dire ce qu'il dit.

Refonder la démarche évaluative

Il nous faut évaluer le travail afin de ne plus être dans la nuit où, selon l'expression consacrée, « tous les chats sont gris » ou, pour reprendre Hegel, « toutes les vaches sont noires ». ¹⁸⁹ Mais il nous faut l'évaluer sans occulter son réel sauf à retrouver une autre nuit toute aussi profonde. Selon quelles modalités faut-il alors l'évaluer si l'on veut rendre compte de ses aspérités, de ses difficultés, de ses butées mais aussi de ses succès qui, trop souvent, demeurent dans l'invisibilité pour tout regard extérieur à la relation duelle entre professionnel de première ligne et personne usagères de drogues. Il faut ici concevoir un logiciel qui, dans sa conception même, ne réduise pas le travail des professionnels des CAARUD à une simple variante de celui des professionnels des CSAPA ; qui soit plus respectueux de leur identité parce que prenant en compte son caractère irréductible, et toutes ses particularités et spécificités. Une telle mesure est nécessaire à la construction de leur autonomie professionnelle dont nous avons, plus haut, souligné la fragilité actuelle. Il faut ici pouvoir donner sens aux chiffres présents dans le rapport ASA-CAARUD pour qu'ils fassent fonction d'indicateurs mais aussi et surtout rendre compte de ce qui ne peut être quantifié, notamment en prenant le parti de mettre en mots ce qui, dans leur pratique professionnelle, relève du vécu, de l'affect.

Parmi ces outils, ceux que l'on peut mettre en place pour réaliser l'évaluation interne ont une portée particulièrement stratégique dans la mesure où ils permettent d'interroger en continue les pratiques professionnelles qui ont cours dans les CAARUD et d'assurer une continuité d'action en leur sein. Ils peuvent ici prendre utilement appui sur une grille d'évaluation élaborée par l'Association française pour la réduction des risques (AFR) afin de répondre à l'obligation légale ¹⁹⁰ mais aussi et surtout aux besoins d'amélioration de la qualité de l'offre de service.

Dans un tel cadre, ils doivent mobiliser des indicateurs moins pour évaluer la performance que pour poser des questions en vue d'être plus aidant et d'améliorer l'offre

¹⁸⁹ Pour HEGEL, c'est l'absolu selon Schelling qui serait tel ! Se reporter à la préface de *La Phénoménologie de l'esprit*. (1807)-2006, Paris, Vrin.

¹⁹⁰ La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prenant appui sur cette loi, les professionnels des CAARUD ont aussi engagé une réflexion au niveau national avec pour souci majeur de construire un référentiel qui soit à même de rendre compte des aspects quantitatifs et objectifs mais aussi qualitatifs et subjectifs de l'activité, en fait de ses dimensions relationnelles dont on connaît l'importance décisive pour le succès de la prise en charge. La circulaire N° DGCSSD5C du 21 octobre 2011 est relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements sociaux et médico sociaux.

de service. Ainsi, un faible nombre de matériels distribués ne signifie pas que le travail accompli a été peu important, insuffisant. Il permet, par contre, de s'interroger très concrètement sur l'activité des équipes mobiles : tournent-elles suffisamment ? Tournent-elles dans les lieux les plus appropriés ?

Un tel mode d'évaluation, pour être valable et valide, implique la participation active des professionnels de première ligne qui ont une connaissance concrète de ce qui se joue pour l'utilisateur qu'ils accompagnent. Elle implique aussi les usagers de drogues eux-mêmes, tant dans sa construction que dans sa réalisation. On est certes en droit de questionner la faisabilité même de ce type de démarche, du moins dans certains cas, parce qu'on pourrait douter de la fiabilité des jugements que ces derniers sont à même de porter sur leur propre parcours, notamment lorsque ces derniers, on l'a vu, sont dans le déni de leur propre situation. Mais rien ici n'est insurmontable ou réhabilitaire pour qui travaille sur le long terme.

Enfin, les professionnels des CAARUD pourraient entreprendre une démarche évaluative avec leurs principaux partenaires et tout particulièrement avec ceux des CSAPA. Ils pourraient alors jouer sur la complémentarité de leurs compétences et, dans le même mouvement, tenter d'évaluer les effets de la mise en énergie des actions non seulement sur les individus mais aussi sur un territoire donné (par exemple, sur celui de la Seine Saint-Denis).

Bibliographie

ADORNO, TW. & HORKHEIMER, M. [1974]-1996. *La dialectique de la raison*, Paris, Gallimard.

AIDES (association), 1993. *SLAM, Première enquête qualitative en France*, INSERM, Sidaction, Association des médecins gays.

AIT ALI, T. 2013. *Usagers de CAARUD à Paris. Parcours de vie et besoins d'accompagnement*. Approches des problèmes liés aux drogues. Coordinations Toxicomanies.

AKOUKA, A. ; DEMCZUK, K ; SCHNEIDER, E. ; SCHNEIDER-HARRIS, J. ; TAYLOR, J. & WYKURZ, E. *Guide pratique de travail d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues*, Démocracy cities drugs Project, European Forum Urban Security, Accès. Publication cofinancée par la Commission Européenne.

ALINSKY, S. 1976. *Manuel de l'animateur social*, Paris, Points Politique.

ALINSKLY, S. 1980. *Pour une action directe non violente*, Seuil.

AMADO, G. & ENRIQUEZ, E. (dir) 2009. La passion évaluative, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°8, Érès.

AMADO, G. & FUSTIER, O. (dir) 2012. Faire équipe, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 14, Toulouse, érès.

ANESM. 2009. *Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*. Document de travail.

ARNOLD-RICHEZ, F. 2012. « L'atelier de FIRST : pour reprendre pied », *Le Courrier des addictions*, (14) – n° 2.

ASUD (association). 2013. *Manuel de shoot à moindres risques*.

BACHMANN, C & COPPEL, A. 1989. *Le Dragon domestique, Deux siècles de relations étranges entre les drogues et l'Occident*, Paris, Albin Michel.

BADIOU, A. 1993. *L'Éthique, essai sur la conscience du mal*, Paris, éd Hatier.

BARTHES, R. 1967. *Système de la mode*, Paris, Seuil.

BENSO, V. 2010. « Usagers-revendeurs, les oubliés de la réduction des risques »,

Techno+, SWAPS, édité par l'association Promotion de l'Information Scientifique, Thérapeutique, Epidémiologique sur le Sida (PISTES).

BENSOUSSAN, G. 1998. *Auschwitz en héritage? D'un bon usage de la mémoire*, 1001 Nuits, Les Petits Libres.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. 1986. *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck.

BEY, H. 1997. *Zone d'autonomie temporaire, TAZ*, Éditions de l'éclat.

BIRAN (de), M. 1920. *Mémoires sur les perceptions obscures*, Tisserand Pierre, Paris, Colin.

BOSCHER, G. & GIRARD, G. 2009. *L'évolution des pratiques d'injections en milieu festif, synthèse de l'investigation spécifique TREND*.

BOURDIEU, P. 1980, *Questions de sociologie*, Paris, Minit.

BOURDIEU, P. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Minit, coll. « Le sens commun ».

CALDERON, C. & MAGUET, O. En coll. avec LAGOMANZINI, P. ; MENNERET, F. & DORSO, V. 2009. *Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseau*, Drogues et Société, CIRDD Rhône-Alpes & association Espace.

CALDERON, C. LAGOMANZINI, P. ; MAGUET, O. & MENNERET, F. 2011. *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*, Drogues et Société, en coll. avec le CIRDD Rhône-Alpes & CCMO Conseil.

CALDERON, C. LAGOMANZINI, P. ; MAGUET, O. & MENNERET, F. 2012. *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Compléments aux recommandations. Au croisement d'expériences européennes et de politiques publiques*.

CANGUILHEM, G (1943)-1975. *Le normal et la pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant les normal et le pathologique*, Paris, PUF.

CAUSSE, L. & ROCHE, P. 2002. *Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue*. Avec la participation de Salah Aggal, Nadia Benmeni Rabah Kesri (SOS Drogue International), Cédric Chater, Patricia Crépin, Djamel Mouffok, Mathieu Rabouin (Aides Provence), Mansour Hammadi, Djamel Ben Mohammed, Stéphane Rolland (Médecins du Monde). Mission Sida Toxicomanie Ville de Marseille, Céreq.

CHAPPARD, P. & COUTERON JP. 2013. *Salle de shoot - Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*, La Découverte.

CLAVREUL, J. 1978. *L'ordre médical*, Paris, Seuil.

- COPPEL, A. & DOUBRE, O. 2012. *Drogues, sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris, La Découverte
- COPPEL, A. 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte
- CORDELIER, B. *Culture et identités dans les communications marketing*. Actes du colloque, Centre d'études en communication marketing, 78e congrès de l'ACFAS, Université de Montréal, du 10 au 14 mai 2010.
- DECLERCK, P. 2001 *Les Naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, collection « Terre Humaine », Plon.
- DEJOURS, C. 2003. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, INRA Éditions.
- DEJOURS, C. 1994. « Postface » In HUEZ, D. (coordonné par) *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros. pp. 347-357
- DETIENNE, M. & VERNANT, J.P. 1993. *Les ruses de l'intelligence ? La métis des grecs*. Paris, Flammarion, Champs.
- DGS division Sida. 2000. *La politique française de lutte contre l'infection à VIH. Mise en œuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogue*.
- FISCHER, G-N 1994 *Le ressort invisible Vivre l'extrême*, Paris, Seuil, Psychologie.
- FREDA, G. 2012. « De la toxicomanie aux addictions », *Le sociographe*, n°39.
- FREUD, S. 1939. « Analyse terminée et analyse interminable », *Revue française de psychanalyse*, XI, n° 1.
- GAULEJAC (de) V. 1996. *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- GIRARD, V. ; ESTECAHANDY, P. & CHAUVIN, P. 2009. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports.
- GLISSANT, E. 2009. *Philosophie de la relation. Poésie en étendue*, Paris, Gallimard, NRF, p.45.
- GRIGNON C. & PASSERON JC. 1989. *Le savant et le populaire*, Paris, Seuil.
- HABERMAS, J. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, l'espace politique, 2 tomes.
- HEGEL, GWF. (1807]-1993. *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Gallimard, bibliothèque de philosophie.

- HORKHEIMER, M. 1974. *Eclipse de la raison*, Paris, Payot, critique de la politique.
- HUEZ, D. (coordonné par).1994. *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros.
- JAMOULLE, P. 2013. *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, Paris, La Découverte.
- JAMOULLE, P. & ROCHE, P. 2012. *Engagement des jeunes dans le trafic. Quelle prévention ?* Groupes Paris 19^{ième} & trans-périphériques, Mission de prévention des toxicomanies de la DASES, Mission de prévention des conduites à risques du CG93, FFSU, Directions de la cohésion sociale 75 & 93, Texte imprimé.
- JANKELEVITCH, W. 1963-1976 *L'Aventure, l'Ennui, le Sérieux*, Paris, Aubier-Montaigne.
- JORDIS, T. *Crack*, Paris, Seuil, 2008.
- KLEIN, M. [1930]-1984. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- KOTABE, M. ; HELSEN, K. 2008, *Global Marketing Management*, John Wiley & sons, Inc.
- LAHIRE, B. & al. 1999. *Comment se fabriquent les problèmes sociaux ? L'illettrisme en France : 1957-1997*, Université Lumière Lyon 2, groupe de recherche sur la socialisation, Pour le compte du Ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- LAHIRE, B. 1999. *L'invention de l'« illettrisme ». Rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris, La Découverte, Coll. Textes à l'appui.
- LE POULICHET, S. 2002 *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*, Paris, PUF, Coll. Voix nouvelles en psychanalyse.
- LEVINAS, A. *Ethique et infini*, Fayard, 1982, p.91.
- LUKACS, G. 1976. *Histoire et conscience de classe*, Paris, Les éditions de minuit, arguments.
- MACHIAVEL, N. 1997. Premiers écrits politiques ; Le Prince ; Discours sur la première décade de Tite Live, Paris, Robert Laffont.
- MAUSS, M. 1950. « Essai sur le don », dans *Sociologie et anthropologie*, recueil de textes, préface de Claude Lévi-Strauss, Paris, Presses universitaires de France.
- Médecins du Monde (coordonné par). 2013. *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*.
- MENDEL, G. 2002. *Une histoire de l'autorité. Permanences et variations*, Paris, La Découverte.

- MENNERET, F. 2013. « La Réduction des Risques. Une pensée en archipel », dans Médecins du Monde (coordonné par), *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*. pp.7-10
- MINKOWSKI, E. 1933. *Le temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques*, Collection de l'évolution psychiatrique.
- MORIN, E. 2004. *La méthode*. Tome IV. *L'éthique*, Paris, le Seuil.
- NIETZSCHE, F. (1888)-1908. « Le Crépuscule des idoles », dans *Œuvres complètes*, Tome 12, Paris, Mercure de France, p. 142.
- NIETZSCHE, F. 1968-1997. « Fragments posthumes », 26 (72), dans *Œuvres complètes*, tome 10, Paris, Gallimard, p.190.
- OFDT. 2008. *Indicateurs locaux pour information sur les addictions*. Base ILIAD.
- OFDT. 2009. *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogue à Paris. Etat des lieux en 2008*.
- OLIEVENSTEIN. C. 1977. *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont.
- OLIVET, F. 2013. « L'autosupport des usagers de drogues. Une histoire de tox », dans Médecins du Monde (coordonné par), *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*. pp.64-71.
- PROUST, M. [1913]-1946-1947. *A la recherche du temps perdu. Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, T.1.
- REYNAUD, M. (dir). 2013. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDT
- ROCHE, P. 2013. « Prévenir l'implication des jeunes dans le trafic des drogues. L'intérêt des espaces interqualifiants, Bref, n°306.
- ROCHE, P. 2013. « Espaces interqualifiants et prévention de l'implication des jeunes dans le trafic de drogues », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°15, Érès, pp. 207-224.
- ROCHE, P. 2010. « Droit au plaisir et critique des 'risques psychosociaux' ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°12, érès, pp.83-97.
- ROCHE, P. 2010. « Sociologie clinique du travail et subjectivation », dans Y. Clot et D. Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail*, Toulouse, érès, pp. 51-65.
- ROCHE, P. 2009. « La subjectivation », dans V. de Gaulejac ; F. Hanique & P. Roche (dir.), *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*, Toulouse, érès, pp. 161-185
- ROCHE, P. 2007. « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°3, érès, pp.63-82.

- ROCHE, P. 2005. « Lutte contre l'illettrisme. Une expérimentation dans le monde du travail », *Bref*, CEREQ, n°221.
- ROCHE, P. 2001. « Etat des représentations du monde et état des corps au travail », *Revue Prévenir*, n°40, pp.11-21.
- ROCHE, P. 2001. « La formation comme drame, L'exemple d'un groupe d'ouvrières de l'agro-alimentaire », Santé mentale et changement dans les organisations, *Les cahiers du changement*, n°6, pp.15-22.
- ROCHE, P. 2000, « Au nom des enfants. Positions subjectives de mère et engagement formatif », L'insertion professionnelle, *La nouvelle revue de l' AIS*, n° 12, pp. 19-29.
- ROUZEL, J. 2002. *Le transfert dans la relation éducative*, Paris, Dunod.
- SCHWARTZ, Y. 2010. Connaître et étudier le travail, *Ergologia*, n° 3, pp.93-104.
- SIBONY, D 1998. *Violence*, Paris, Seuil.
- SIMMONOT, N. 2013. « La réduction des risques à médecins du monde, un engagement qui résiste à tout » dans Médecins du Monde (coordonné par), *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social*. pp.36-42.
- SISSA, G. 1997. *Le plaisir et la mal. Philosophie de la drogue*, Paris, Odile Jacob.
- SOULET, M.H. 2008. « Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques », in *Psychotropes*, 3, pp.91-109.
- SUDERIE, G. ; MONZEL, M. ; HOAREAU, E. 2010. « Evolution de la scène techno et des usages en son sein » dans J.L. COSTES, *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999. Vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis La Plaine, OFDT. p. 90, pp. 84-95.
- VASSE, D. 1983. *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil.
- WEBER, M. 1971. *Economie et société*, Tome I., Paris, Librairie Plon.
- WEBER, M. (1919)-1963. *Le savant et le politique*, Paris, Union générale d'éditions Coll. Le Monde en 10-18
- WINNICOTT, D. 2010. *Les objets transitionnels*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot.

Sites Internet

<http://www.technikart.com>

<http://www.psychonaut.com>

www.drogues-info-service.fr

<http://www.a-f-r.org>

<http://www.federationaddiction.fr>

<http://sante-guerir.notrefamille.com>

www.addictions-insertion-emploi.net

<http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers>

www.reductiondesrisques.fr

www.technoplus.org

Sigles utilisés dans le rapport

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACFAS : Association francophone pour le savoir

AFR : Association française de réduction des risques

AME : Aide Médicale de l'Etat.

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux

ASA (rapport d') : Activité standardisé annuel

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASUD : Autosupport des usagers de drogues

BAC : Brigade anti-criminalité

BHD : buprénorphine haut dosage

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale.

CASVP : Centre d'action sociale de la ville de Paris

CCAA : Centres de cure ambulatoire en alcoologie

CCAS : centre communal d'action sociale

CIMADE : Comité inter mouvements auprès des évacués

CIRDD : Centre d'Information Régional des drogues et des dépendances

CMS : Centre municipal de santé

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

COMEDE : Comité médical pour les exilés

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes

CVS : Conseils de vie sociale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé

DRIHL-IF : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement d'Ile-de-France)

EGO : Espoir goutte d'or

EMLPP : Equipe mobile de liaison précarité-psychiatrie

ENS : Ecole nationale supérieure

ERLI : Education aux risques liés à l'injection

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

ETSUP : Ecole supérieure de travail social

FFA : fédération française d'addictologie

FIRST : Formation Intervention Recherche Sida Toxicomanie

HRI : Harm reduction international

IHRA : International Harm Reduction Association

INFA : Institut national de formation et d'application

IREMA : Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives

LSD : Loi, sexe et drogues

MdM : Médecins du Monde

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé

OW : Outreach work

PES : Programme d'échange de seringues

PISTES : Promotion de l'information scientifique, thérapeutique, épidémiologique sur le Sida

PROSES : Prévention des risques orientation sociale échange de seringues

RdR : réduction des risques

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSA : Revenu de solidarité active

SCMR : salles de consommation à moindre risque

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SINTES : Système national d'identification des toxiques et substances

STEP : Seringues, tampons, eau stérile, préservatifs

TAZ : Temporary Autonomous Zone

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UNIFAF : Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

