

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE
DES ACTEURS DE PREMIÈRE LIGNE,
TRAVAILLANT DANS LE CADRE DE
LA POLITIQUE DE RÉDUCTION
DES RISQUES LIÉS À LA TOXICOMANIE.**

**Étude d'un espace professionnel
déviant**

Marie-Danièle BARRÉ

Patricia BÉNEC'H-LE ROUX

2004 – n° 95

CESDIP

Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales

Immeuble Edison - 43, boulevard Vauban - F-78280 GUYANCOURT

☎ : 33.(0)1.34.52.17.00 - ☎ : 33.(0)1.34.52.17.17

🌐 : <http://www.cesdip.com>

CETTE RECHERCHE A ÉTÉ RÉALISÉE GRÂCE AU SOUTIEN FINANCIER DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES – MISSION RECHERCHE DU MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE.

APPEL D'OFFRES - MIRE/DREES 2001 : *LES DYNAMIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ.*

S O M M A I R E

*_*_*

DESCRIPTEURS	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	11
INTRODUCTION	15
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET MÉTHODES	17
I - LA "RÉDUCTION DES RISQUES DE L'USAGE DE DROGUES ILLICITES", UNE INNOVATION EN DEVENIR	17
1°) <i>Quelques dates</i>	17
2°) <i>La réduction des risques de l'usage de drogues illicites, une dynamique d'innovation</i>	22
A) La réduction des risques, une déviance	24
B) La réduction des risques, un réseau	25
C) La réduction des risques, une nouvelle norme ?.....	27
3°) <i>La réduction des risques de l'usage de drogues illicites, un concept polymorphe</i>	29
A) La réduction des risques est une prévention du risque infectieux, chez les personnes marginalisées.....	31
B) La réduction des risques est un droit citoyen à l'information.....	32
C) La réduction des risques a au départ une finalité qui concerne les usagers et par la suite une finalité qui concerne la collectivité toute entière.....	32
D) La réduction des risques est une pratique très individualisée.....	33
E) La réduction des risques est une alliance avec les usagers	34
F) La réduction des risques dépasse le seul champ de la prévention, c'est un échelon dans la chaîne du soin	34
G) La réduction des risques, une autre façon de concevoir les politiques publiques	35
H) La réduction des risques, une logique aux marges de la loi	35
I) La réduction des risques, un "chèque en gris"	37

II - LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ, L'HISTOIRE D'UN ÉTERNEL RECOMMENCEMENT	39
1°) <i>Une alliance avec le "client"</i>	39
2°) <i>Une démarche militante, des acteurs charismatiques et démarqués</i>	40
3°) <i>Une distance sociale réduite avec le "client"</i>	41
4°) <i>Un processus d'institutionnalisation</i>	41
5°) <i>Une professionnalisation qui crée un vide ?</i>	42
III - PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODES	43
1°) <i>Problématique</i>	45
A) <i>Compétences, identité et culture communes ?</i>	46
B) <i>Est-on en face d'un processus de professionnalisation ?</i>	47
2°) <i>Méthodes</i>	49
A) <i>Une recherche documentaire</i>	49
B) <i>Le recueil de données qualitatives</i>	50
C) <i>Le recueil de données quantitatives</i>	56
CHAPITRE 2 : LA DESCRIPTION DES LIEUX OBSERVÉS	61
I – LA BOUTIQUE	61
1°) <i>La boutique, un espace protégé</i>	62
2°) <i>La boutique : les usages d'un lieu</i>	63
3°) <i>La boutique : les pratiques d'accueil</i>	67
4°) <i>L'envers de la boutique</i>	69
II – LES BUS DE PRÉVENTION	69
1°) <i>Description et fonctionnement</i>	69
2°) <i>Fréquentation</i>	71
III – LE DISPOSITIF "BUS MÉTHADONE"	73
1°) <i>Le bus</i>	73
A) <i>L'espace accueil</i>	73
B) <i>L'espace médical</i>	74
C) <i>L'espace entretien</i>	75
2°) <i>Le fonctionnement du bus</i>	75
3°) <i>Les inclusions dans le programme</i>	78
A) <i>Le lieu fixe</i>	78
B) <i>Les entretiens</i>	79
4°) <i>La réunion d'équipe</i>	81

CHAPITRE 3 : LES ACTEURS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PREMIÈRE LIGNE : QUE FONT-ILS ?	83
I – LE CONTENU DU TRAVAIL	83
1°) <i>Les tâches partagées : l'accueil</i>	84
A) La gestion des lieux	85
B) Le travail d'accroche des usagers, d'information et d'orientation	88
C) La collecte d'informations	92
2°) <i>Les tâches spécifiques à l'intérieur des équipes</i>	93
A) La spécificité des tâches hiérarchiques.....	93
B) La spécificité des tâches techniques	95
3°) <i>La spécificité du travail effectué, par rapport à l'extérieur</i>	98
A) Des savoir faire définis en creux	98
B) Un travail hors les murs	99
C) Des dispositifs de secours	99
D) À travail spécifique, lieu spécifique ?	101
4°) <i>Les réunions d'équipes (ou le temps de l'auto-définition)</i>	103
II – LE TRAVAIL RESENTI	105
1°) <i>Routine et urgence</i>	105
2°) <i>Ce qui est dur et ce qui est satisfaisant</i>	107
A) Le plus dur	107
B) Le plus satisfaisant.....	110
3°) <i>Les tabous</i>	112
A) Vis-à-vis des usagers... ..	112
B) Entre membres de l'équipe... ..	115
C) Vis-à-vis des partenaires... ..	116
III – LA CLIENTÈLE	117
1°) <i>Les laissés pour compte de la "deuxième ligne"</i>	117
2°) <i>Les stigmatisés de l'usage de produits illicites</i>	119
3°) <i>Les stigmatisés de l'usage d'alcool</i>	120
IV – LES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES	123
1°) <i>Les partenaires</i>	123
A) Le partenariat de territoire : l'occasion d'expliquer ses objectifs et de les faire reconnaître	123
B) Les partenaires professionnels	124

C) Les partenaires professionnels institutionnalisés : les réseaux	125
D) Les alter ego de la rdr	126
2°) <i>Les difficultés du partenariat</i>	127
A) Le partenariat : définir des frontières	127
B) Le partenariat fait partie de l'apprentissage professionnel	128
C) Le partenariat prend du temps et de l'énergie.....	129
D) Un partenariat inexistant et une spécialisation subie.....	129
E) La psychiatrie, un "gros souci"	130
V – RÈGLES ET NORMES AU TRAVAIL	131
1°) <i>Les règles et les fautes propres à toute insertion dans le monde du travail</i>	131
2°) <i>Les règles propres à un champ professionnel particulier</i>	134
A) Un travail de proximité.....	134
B) La logique d'un travail de réduction des risques	136
3°) <i>Les règles qui s'imposent aux usagers</i>	138
CHAPITRE 4 : LES ACTEURS DE RÉDUCTION DES RISQUES	
EN PREMIÈRE LIGNE : QUI SONT-ILS ?	141
I – DES CARRIÈRES VARIÉES.....	143
1°) <i>Des acteurs aux profils hétérogènes et aux valeurs communes</i>	147
A) Des professionnels hétérogènes au sein d'une équipe.....	147
B) Des motivations majoritairement liées au changement social	151
C) Des valeurs partagées et des identités professionnelles croisées.....	159
2°) <i>Des apprentissages "sur le tas" et des formalisations bricolées</i>	171
A) Les apprentissages académiques et les stages de formation professionnelle	172
B) Les expériences de travail.....	176
C) Les expériences de vie	181
D) Des formations rdr bricolées, des transmissions peu formalisées	184
II – RECRUTEMENT, RECONNAISSANCES ET MOBILITÉ PROFESSIONNELLES.....	194
1°) <i>Des recrutements</i>	194
A) Des recrutements par cooptation et/ou des procédures formelles	194
B) Des recrutements en fonction du poste et des compétences de l'acteur	197

2°) <i>La négociation salariale</i>	205
A) Les réglementations, les politiques salariales et les critères de rémunération	205
B) La rémunération d'un poste.....	209
3°) <i>La reconnaissance du travail</i>	211
A) La quête d'une reconnaissance symbolique	211
B) Sans diplôme : peu de reconnaissance.....	214
C) La forte revendication d'un salaire "juste"	217
4°) <i>La mobilité professionnelle</i>	219
A) Le diplôme et l'employabilité	220
B) Migration et stabilité professionnelles.....	223
CONCLUSION	229
I – LE TRAVAIL DES ACTEURS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN PREMIÈRE LIGNE ET SA SPÉCIFICITÉ	230
II – LES PROFILS PROFESSIONNELS DES ACTEURS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN PREMIÈRE LIGNE.....	232
1°) <i>Des professionnels hétérogènes mais regroupés autour de l'approche de la rdr et du partage de certaines valeurs de travail</i>	232
2°) <i>Ce groupe professionnel s'apparente davantage, à une sorte de "famille en réseau", avec ses conflits et ses solidarités</i>	233
3°) <i>Il n'existe pas "une" identité professionnelle de l'acteur de réduction des risques en première ligne</i>	234
A) Des identités professionnelles parfois incertaines, parfois affirmées et souvent plurielles et complexes	234
B) Des apprentissages du travail rdr très diversifiés.....	235
III – LA RECONNAISSANCE DE CE TRAVAIL RESTE DIFFICILE	237
BIBLIOGRAPHIE	241
LISTE DES ANNEXES	245

REMERCIEMENTS

Merci à tous les acteurs qui nous ont accueillis avec beaucoup de disponibilité, d'intérêt et de gentillesse.

Merci aussi aux usagers de la boutique et des bus qui, le plus souvent, se sont montrés ouverts à notre démarche.

RÉSUMÉ

L'espace professionnel étudié est celui créé par la mise en œuvre de la politique de réduction des risques (rdr) à l'égard des usagers de drogues marginalisés. La méthode utilisée est essentiellement qualitative. Le travail observé a pour spécificité de se faire hors des murs institutionnels, auprès d'une clientèle stigmatisée, dans un contexte de subjectivation des normes pénale et sanitaire. Dans cet espace professionnel déviant, des acteurs hétérogènes se regroupent autour de pratiques, représentations et valeurs de travail, communes. Les acteurs présentent des identités professionnelles parfois incertaines, parfois affirmées et souvent plurielles et complexes, reposant sur des apprentissages du travail rdr très diversifiés. Si cette pluralité d'identités est pour les uns le signe d'une richesse, la possession de ressources professionnelles diversifiées et propices à la mobilité, on peut se demander si pour d'autres, elle n'est pas, en l'absence d'une élaboration suffisante des savoir-faire acquis, le signe d'une difficulté à se construire professionnellement. Enfin si le législateur semble vouloir conforter la licence légale accordée aux acteurs d'exercer leur travail, le contenu de leur mandat reste très ambigu. Cette imprécision donne des marges de manœuvre aux acteurs pour continuer d'innover et de négocier avec les normes sanitaire et pénale.

DESCRIPTEURS

Usager de drogues – Réduction des risques – Bas-seuil – Acteur socio-sanitaire – Identité professionnelle – Norme.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACIAT	association Sequanaciat
AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert
AFORTS	Association française des organismes de formation et de recherche en travail social
AFR	Association française de réduction des risques
AIDES	Association de lutte contre le SIDA
ALT	Aide au logement temporaire
AME	Aide médicale d'État
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
ANPAA	Association de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le SIDA
ARES	Réseau ville hôpital autour de l'hôpital Louis Mourier
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARSEA	Association régionale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASUD	Auto support des usagers de drogues
BEATEP	Brevet d'État d'animateur technique de l'éducation populaire et de la jeunesse
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement spécialisé
CAFETS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé
CAFME	Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur-éducateur
CAT	Centre d'aide par le travail
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCPAM	Collège coopératif Provence, Alpes, Méditerranée
CDAD	Centre départemental d'accès aux droits
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDES	Commission départementale de l'éducation surveillée
CDO	Convention départementale d'objectifs
CEDAT	Centre départemental d'aide aux toxicomanes
CEMEA	Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active
CEP	Club et équipe de prévention
CEREQ	Centre d'études et de recherche sur l'emploi et les qualifications
CFES	Comité français pour l'éducation à la santé
CFPES	Centre de formation aux professions éducatives et sociales
CHAPSA	Centre d'hébergement et d'aide aux personnes sans abris

CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIE	Contrat initiative emploi
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances
CLSPD	Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
COTOREP	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention sur le SIDA
CSAPA	Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
DATIS	Drogues alcool tabac info service
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DEES	Diplôme d'État d'éducateur spécialisé
DES	Diplôme d'études spécialisées (médecine)
DGS	Direction générale de la santé
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DSTS	Diplôme supérieur en travail social
DU	Diplôme universitaire
ECIMUD	Équipe d'intervention et de coordination médicale pour les usagers de drogues
EGO	Espoir Goutte d'Or
FAQS	Fonds d'aide à la qualité des soins en ville
FASILD	Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FRAD	Formateurs relais antidrogue
GISTI	Groupe d'information et de soutien des immigrés
IME	Institut médico-éducatif
IMEA	Institut de médecine et d'épidémiologie africaine
IRTS	Institut régional de travail social
MdM	Médecins du Monde
MDPT	Mission départementale de prévention des toxicomanies
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSF	Médecins sans Frontières
MST	Maladie sexuellement transmissible
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides

PAIO	Permanence d'accueil, d'information et d'orientation
PES	Programme d'échanges de seringues
PLIE	Plan local d'insertion et d'emploi
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PROMOFAF	Organisme de formation au travail social
rdr	Réduction des risques liés à la toxicomanie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution
SIFE	Stage d'insertion et de formation à l'emploi
SINTES	Système d'identification nationale des toxiques et des substances
SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
SNPES	Syndicat national des professionnels de l'éducation surveillée
URCAM	Unions régionales des caisses d'assurance maladie
VAE	Validation des acquis de l'expérience

INTRODUCTION

Cette recherche menée dans le cadre de l'appel d'offres "*Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*", s'inscrit plus particulièrement dans le premier axe de cet appel d'offres, axe relatif à la diversité des univers professionnels. Elle emprunte cependant aussi aux deux autres dans la mesure où la construction de l'espace professionnel que nous étudions questionne l'évolution des territoires professionnels et de leurs frontières (ceux du sanitaire et du social) d'une part, et nécessite de se pencher sur la sociabilité professionnelle d'autre part.

L'espace étudié ici est celui que la mise en œuvre d'une politique particulière à l'égard des toxicomanes marginalisés, la politique dite de réduction des risques (rdr), a créé à partir du début des années 1990. Cette politique est particulière notamment parce qu'elle s'inscrit aux marges des cadres normatifs des politiques pénales ou sanitaires jusqu'alors seules légitimes pour traiter des questions d'usage de produits illicites. Notre champ d'observation est borné d'un côté par ce qu'on a appelé "la réduction des risques" (rdr) et de l'autre par la mise en œuvre, en "première ligne", de cette politique.

Cette politique étant finalement relativement récente, une quinzaine d'années, nous nous sommes demandées par qui elle avait été mise en œuvre. Qui sont les acteurs de la rdr de première ligne ? Quels sont les professionnels, ou les non-professionnels, engagés dans ces dispositifs ? Quels sont les métiers sollicités ? Portée par une dynamique militante, cette politique n'est pas mise en œuvre par une profession particulière, mais par des acteurs du milieu associatif qui, soit se positionnent aux marges de professions existantes, soit se définissent eux-mêmes comme de nouveaux professionnels. D'où notre questionnement : qui sont ces acteurs ? Investis d'une mission de service public qu'eux-mêmes contribuent à définir, quel est le contenu de leur travail ? Qu'est-ce qu'on observe dans les dispositifs mis en place et qu'est-ce que le contenu du travail et les histoires collectives, produisent comme formes de professionnalité ? Qu'a produit cette construction en termes de nouvelles représentations, de nouvelle culture d'action, en termes de nouvelles identités et même peut-être en termes de nouvelles professions ?

Nous donnons dans le premier chapitre, le contexte de la recherche, indispensable pour saisir son objet, puis nous décrivons les méthodes de travail utilisées. Dans un deuxième chapitre, nous décrivons les lieux de nos observations avant d'aborder l'étude du travail des acteurs (que font-ils ?) dans le chapitre trois et enfin les acteurs eux-mêmes (qui sont-ils ?) dans le chapitre quatre.

CHAPITRE 1

CONTEXTE ET MÉTHODES

I - LA "RÉDUCTION DES RISQUES DE L'USAGE DE DROGUES ILLICITES", UNE INNOVATION EN DEVENIR

1°) Quelques dates

L'épidémie de SIDA de la décennie 1980 a permis une évolution radicale de la politique des drogues en France en rendant légitime, ce qui l'était déjà dans d'autres pays, le concept de réduction des dommages ou de réduction des risques liés à l'usage de produits illicites. En effet, la transmission du SIDA a été particulièrement importante chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, lors du partage de seringues usagées ou lors de relations sexuelles non protégées. Cependant, la prise de conscience du fait que cette épidémie touchait particulièrement les usagers de drogues par voie intraveineuse n'a pas été immédiate. A. Coppel analyse dans son dernier ouvrage¹, ces résistances qui empêchent d'envisager les situations telles qu'elles sont, par crainte et refus de stigmatiser des populations qui le sont déjà². Quand le sentiment de l'urgence d'enrayer cette épidémie a enfin prévalu, il a entraîné la modification de l'approche traditionnelle du soin et de la prise en charge des usagers de drogues. On est passé d'une politique sanitaire essentiellement axée sur l'abstinence à une politique plus pragmatique, qui prend acte de l'usage de drogues pour se donner les moyens d'en limiter les effets dommageables, son objectif étant de diminuer les risques de transmission du SIDA parmi les usagers de drogues.

Le contexte pénal mérite aussi d'être brièvement rappelé³. En effet, "*criminalisés, ils [les usagers] sont le plus souvent exclus des dispositifs sanitaires et sociaux classiques*"⁴. La loi de 1970 contient des dispositions autant pénales que sanitaires : elle incrimine l'usage privé de produits classés comme stupéfiants et instaure en regard, la règle d'anonymat et la gratuité pour celui qui accepte de rentrer dans une démarche de soin, ce qui signifie un projet d'abstinence. L'utilisateur qui ne veut ou ne peut pas envisager l'abstinence, tombe ainsi dans la prise en charge pénale de l'usage de

¹ COPPEL, 2002.

² La même analyse peut être faite de la réaction tardive de l'administration pénitentiaire concernant les collectes de sang dans les prisons ou de l'actuelle prise de conscience du taux élevé de séropositivité dans certaines populations immigrées.

³ BARRÉ, GODEFROY, CHAPOT, 2000 ; BARRÉ, POTTIER, 2003.

⁴ COPPEL, 1996. Cf. aussi COPPEL, 2002.

drogues. Par ailleurs, la répression pénale de l'usage n'est pas chose aisée en soi, il est assez rare que l'usage puisse être constaté en flagrant délit ; les forces de police ont donc pris l'habitude de considérer le simple port d'une seringue comme une présomption d'usage. Il en résulte que les usagers évitent d'avoir sur eux une seringue et sont de ce fait davantage exposés au risque d'utiliser celle des autres. En outre, la loi incrimine "l'incitation à l'usage", la distribution de matériel d'injection propre tomberait ainsi sous le coup de cette incrimination. Il faut toute l'urgence de la situation⁵ pour qu'aussi bien la norme sanitaire que la norme pénale soient mises entre parenthèses et que les premières décisions de rdr soient prises. Cette politique s'est donc développée en marge des deux réponses, alors mises en œuvre, aux questions de toxicomanie, toutes deux reposant sur une logique prohibitionniste d'éradication des drogues et d'abstinence⁶. Ainsi, le dispositif de réduction des risques mis en place a constitué, pour une partie des usagers de produits illicites, sinon une politique alternative de lutte contre la drogue, du moins une autre façon d'entrer en contact avec eux. Dans le contexte de la rdr, il s'agit d'accepter l'usage de drogues et de donner aux usagers les moyens de se protéger, eux-mêmes et les autres, des risques de transmission des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC). Pragmatique, la politique de réduction des risques s'inscrit dans ce qu'on appelle la prévention secondaire des toxicomanies⁷.

En 1987, le décret Barzach⁸ autorise, au départ provisoirement, la vente libre des seringues et des aiguilles en pharmacie, pour améliorer leur accessibilité. L'accès à du matériel propre est en effet l'outil principal de prévention des contaminations par le VIH et le VHC. Rapidement, des études attestent de l'impact de cette mesure sur le partage des seringues⁹. Puis, on pense à mettre en place un dispositif qui facilite l'accès aux moyens de prévention et permette de créer des liens avec les usagers de drogues marginalisés. C'est ainsi que, après les Pays-Bas en 1984 et la Grande-Bretagne en 1986, la France expérimente des actions pilotes de prise en charge des usagers injecteurs, notamment des programmes d'échanges de seringues (PES). Ces PES prévoient la distribution gratuite de seringues propres et de préservatifs et la récupération des seringues usagées. Les premiers outils de distribution du matériel de prévention utilisés dans les PES sont le travail de terrain et le bus itinérant (Médecins du Monde en 1989). Cependant, ce n'est qu'en 1993 que la politique de réduction des risques connaît un début de reconnaissance officielle. Avec beaucoup de retard sur les autres pays européens, le plan triennal de lutte contre la drogue et la

⁵ *Ibid.*

⁶ Ces deux réponses, organisées par la loi de 1970, étaient mêmes coordonnées dans l'injonction thérapeutique qui permet d'échapper aux poursuites pénales en acceptant de se soigner.

⁷ Par opposition à la prévention primaire des toxicomanies, qui intervient en amont de la prise de produits.

⁸ Décret du 13 mai 1987.

⁹ INGOLD, INGOLD, 1989.

toxicomanie de septembre 1993, comporte un volet sur les mesures de réduction des risques liés à la toxicomanie. C'est une officialisation encore timide puisqu'il s'agit, non de mesures classées parmi les "mesures d'urgence", mais de "mesures applicables à moyen terme", tant pour les PES que pour *"le développement maîtrisé d'un programme de substitution (...) si l'évaluation en cours en confirme l'intérêt"*¹⁰.

La Direction Générale de la Santé accepte l'ouverture, d'abord expérimentale, de centres d'accueil des usagers de drogues dits de bas seuils d'exigence d'accès. Qu'entend-on par bas seuil ? La difficulté des actions de réduction des risques tient aux caractéristiques des usagers de drogues auxquels elles s'adressent¹¹. En effet, il s'agit d'un public hétérogène, qui se distingue par un mode de vie mouvant et instable, et qui tend à multiplier des stratégies d'évitement de la société traditionnelle. Ce comportement est aisément compréhensible puisque les usagers, par leur consommation de produits illicites, se placent dans une situation de hors-la-loi, ils sont donc les cibles des services de police et de la stigmatisation sociale. Ils peuvent aussi être traqués par des dealers ou encore des "chasseurs de tox" (*sic*)¹². Aussi, se rendre accessible aux usagers implique-t-il de la part des acteurs de prévention, de proposer une relation dont le niveau d'exigence est plus bas que celui habituellement pratiqué à l'égard de ces usagers par les structures d'accueil et de prise en charge spécialisées classiques. Celles-ci ont en effet des conditions d'entrée (baisse ou arrêt de la consommation par exemple) qui excluent d'elles-mêmes une grande partie des usagers. Les conditions d'accès aux structures et services de soins de bas seuil sont minimum : pas de violence physique ou verbale et pas de consommation de produits illicites dans les locaux. En effet, *"la proximité passe d'abord par l'abandon de la logique contractuelle qui est celle du travail social traditionnel et qui maintient à l'écart ceux qui, d'une façon ou d'une autre, déclinent le contrat qui leur est proposé"*¹³. Il s'agit effectivement de réussir à atteindre les usagers de drogues marginalisés, d'entrer en relation avec eux et de maintenir cette relation pour pouvoir leur donner du matériel de prévention et construire des amorces de resocialisation et de prise en charge sanitaire et sociale ultérieure (accès aux soins et aux droits sociaux). C'est la raison pour laquelle on a parlé de structures et de travail de bas seuil d'exigence ou encore de "services de première ligne".

Les premiers lieux d'accueil des usagers de drogues par voie intraveineuse, appelés "boutiques", lieux de distribution du matériel de prévention et de socialisation, apparaissent en 1993. En 1995, les PES sont reconnus officiellement dans le cadre de cette politique¹⁴ ; ils sont

¹⁰ DGLDT, Plan gouvernemental de lutte contre la drogue, 21 septembre 1993.

¹¹ Sur les écarts entre les modalités d'intervention et les publics visés, cf. JOUBERT, 1999.

¹² Groupement sauvage composé de résidents d'un lieu dont le but est de débarrasser le quartier des usagers de drogues, cela sans ménagement et parfois avec violence. Ces actions peuvent avoir des motivations complexes, comme une guerre de territoires et aussi une concurrence de trafics DUPREZ, KOKOREFF, 2000.

¹³ VIDAL-NAQUET, 1994, cité par JACOB, 1997, 53.

¹⁴ Décret de mars 1995.

mis en œuvre par des associations de réduction des risques mandatées par les DDASS¹⁵. Des centres d'hébergement d'urgence dits *sleep-in* sont créés. Enfin, la mise à disposition progressive des produits de substitution se fait à partir de 1996, soit à partir des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) pour la méthadone¹⁶, soit directement en médecine de ville pour le subutex. Depuis 1998, Médecins du Monde (MmM) à Paris et à Marseille utilisent un bus pour distribuer de la méthadone, élargissant ainsi le travail de première ligne. Enfin, le travail de réduction des risques sanitaires et sociaux auprès des usagers de drogues se fait également à partir du travail de terrain, dans les espaces publics (rues, parcs, boulevards périphériques), voire mais plus rarement, dans les espaces privés ou privatisés (appartements, squats). L'ensemble de ces actions s'inscrit dans une volonté publique globale de prise en charge sociale de ces toxicomanes. Parallèlement à la mise en œuvre de cette politique, il a fallu faire évoluer les cadres de pensée des forces répressives afin qu'elles intègrent petit à petit les objectifs de la réduction des risques, qui leur paraissent en contradiction avec leur mission répressive. Ce n'est cependant qu'en juin 1999 qu'on pourra trouver dans une circulaire du ministère de la Justice une mise au point très nette sur cette question¹⁷.

Dans ce contexte particulier se côtoient des professionnels de tous horizons, en rupture avec les pratiques professionnelles de leur profession et de nouveaux acteurs, pour certains des usagers, qui, à l'instar de la démarche adoptée par des personnes atteintes par le VIH¹⁸, se veulent acteurs de la politique de prévention et de soin qui les concerne. Les années 1980 et 1990 vont voir émerger les associations de lutte contre le SIDA comme AIDES en 1984, des associations humanitaires, militantes, parfois ancrées localement¹⁹, le collectif "Limiter la casse" en 1993²⁰, des groupes d'auto-support²¹ tel ASUD (Auto-support des Usagers de drogues) en 1992 à l'initiative de quelques usagers de drogues notamment : un ensemble de professionnels et de non-professionnels défendant ces pratiques alternatives dans le champ de la santé s'impose peu à peu, à la marge de ce qui se fait habituellement. Ce sont ces groupes et non les professionnels des centres de soins spécialisés qui vont porter la nouvelle politique. Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique de réduction des risques encourage l'émergence d'une nouvelle figure de l'usager de drogues. On constate que l'on peut atteindre des usagers de drogues exclus des services de soins

¹⁵ Dans le champ de la lutte contre la toxicomanie (prévention, soin, réduction des risques), l'État recourt au secteur associatif à 70 % (1998).

¹⁶ La méthadone était déjà prescrite comme traitement dans quelques centres autorisés.

¹⁷ MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 1999.

¹⁸ "En 1989 (5ème conférence internationale sur le SIDA), le président de AIDES, Daniel Defert prononce une communication sur "le malade, nouveau réformateur social" dans laquelle il analyse le rôle nouveau joué par des personnes atteintes dans l'organisation des soins et de la prise en charge médicale" (BROQUA, FILLIEULE, 2001, 32).

¹⁹ L'association EGO, Espoir Goutte d'Or en 1986, rassemble des professionnels, des habitants et des usagers de drogues, à Paris ; ARCADES, en 1989, en Seine-Saint-Denis, etc.

²⁰ COPPEL, 2002, 366-367.

²¹ "Groupe d'entraide et d'intérêt" (JAUFFRET, 2000) ; cf. aussi JAUFFRET-ROUSTIDE, 2002.

et sociaux, mais surtout, on voit que ceux-ci peuvent modifier leur comportement, en l'occurrence éviter de se servir d'une seringue déjà utilisée. Les usagers adaptent ainsi leurs pratiques de consommation au contexte de l'épidémie de SIDA, aidés par les instruments mis en place (accès aux seringues, aux soins, aux produits de substitution). De plus, la substitution, en les libérant de la recherche de drogues, leur permet de se poser et de se consacrer à d'autres activités. Le regard sur l'utilisateur change : il n'est plus considéré comme un malade, suicidaire, objet de soin mais comme un client, acteur responsable doté de compétences propres (ce qui était, à l'origine, la philosophie de certains centres comme Marmottan dès les années 1970). Marie Jauffret note ainsi que l'évolution sémantique illustre celle des représentations sociales et du statut social de l'utilisateur de drogues²². Le statut de "client" va encore plus loin puisqu'il pose également que ce dernier est tout autant nanti de droits que n'importe qui : droit à l'accès aux soins et à l'accès aux droits sociaux (revenu minimum d'insertion, allocation d'aide aux handicapés, aide au logement...).

Ainsi tous les auteurs s'accordent sur le fait que la politique de réduction des risques bouleverse la donne dans le champ sanitaire de la toxicomanie avec des répercussions importantes sur les représentations sociales concernant le toxicomane, sur les pratiques de prise en charge de la toxicomanie et sur le fonctionnement des services sanitaires et sociaux : *"la transformation du modèle médical "tout sevrage" au modèle de réduction des risques est la traduction d'un changement de paradigme : c'est l'acceptabilité qu'un usager de drogues puisse accéder aux soins même s'il n'est pas encore possible pour lui d'arrêter de consommer des produits"*²³. Pour les acteurs de la réduction des risques, il s'agit avant tout d'influencer le contexte sanitaire, voire économique et social, dans lequel vivent les usagers de drogues de telle sorte que ceux-ci adoptent un comportement minimisant les risques liés à l'usage de drogues et en particulier les risques infectieux, mais aussi soient amenés à une meilleure prise en compte de leur corps et *in fine* à entrer dans une logique de soins. Parallèlement à la prévention sanitaire, cette politique comprend aussi une dimension de prévention sociale qui a pris de plus en plus d'ampleur, et qui consiste à tenter de rétablir et maintenir un contact et une relation sociale avec des usagers de drogues subissant les effets fréquemment associés à la consommation de produits illicites, à savoir la marginalisation et l'exclusion sociales. À côté de la stricte prévention des risques infectieux, apparaît une prévention plus large et notamment, dans l'argumentaire, la prévention des risques sociaux, qui ne sont plus les risques supportés par les usagers mais les risques supportés par les "autres" comme le risque

²² On ne parle plus du toxicomane, mais de l'utilisateur de drogues, voire du client. JAUFFRET, 2000, 43.

²³ SERFATY, 1996, 22.

de délinquance²⁴. Clairement, ces actions peuvent donc aussi bien conduire à la pérennisation de l'usage de drogues dans un contexte plus favorable aux objectifs de santé publique, qu'à une demande de soins, ou encore à une sorte de mise sous tutelle d'une population jugée à problèmes²⁵. On peut noter aussi que dans la mesure où il ne s'agit pas de soigner l'usage mais d'améliorer un contexte socio-sanitaire d'usage, les acteurs de la réduction des risques se situent en net décalage par rapport à l'objectif traditionnel de soins. On comprend aussi qu'en général, ils disqualifient la réponse pénale dans la mesure où celle-ci renforce significativement la dangerosité du contexte d'usage²⁶.

Voilà rapidement esquissé le contexte global de la prévention secondaire des toxicomanies dans lequel s'insère cette recherche. Il montre à quel point le champ de la réduction des risques est potentiellement vaste. Il montre aussi que son histoire s'inscrit dans l'histoire mouvementée de la prise en charge des toxicomanies.

2°) La réduction des risques de l'usage de drogues illicites, une dynamique d'innovation

De fait, l'émergence de cette nouvelle attitude envers les toxicomanes que constitue la rdr, rappelle un peu la révolution du début des années 1970, que décrit H. Bergeron lorsque les premiers intervenants en toxicomanie se sont mis à inventer pour la France²⁷ des nouvelles méthodes de prise en charge, devant l'absence, la mauvaise volonté ou la surcharge des services psychiatriques traditionnels. Il y avait déjà dans cette histoire-là, une rupture dans les façons de faire et de penser, par rapport aux professions existantes, le rassemblement d'acteurs venus d'horizons très différents, la force militante qui rencontrait un terrain relativement vierge. Il y avait aussi, par rapport à la psychiatrie de secteur et aux acteurs sociaux de proximité, la volonté²⁸ de créer un secteur spécialisé au motif de la spécificité²⁹ de la population à prendre en charge³⁰. C'est ainsi que s'est construit et mis en place dans les années 1970 le secteur spécialisé de soins

²⁴ Ce glissement dans l'argumentaire de défense de la politique de rdr n'est pas surprenant : les recherches en matière d'approche scientifique du risque, montrent que l'acceptabilité sociale d'un risque est, entre autres, fonction de l'exposition volontaire ou subie à ce risque, celui-ci étant d'autant moins accepté qu'il est subi. L'extension potentielle du risque aux "autres", ceux qui le subissent sans avoir choisi d'y être exposé, donne donc un surcroît de légitimité à l'action politique qui répond à ce risque.

²⁵ C'est ce dernier aspect qui fait l'objet d'une dénonciation de dérive néo-libérale de la rdr.

²⁶ LEBEAU, 1999.

²⁷ Méthodes inspirées des *free clinics* nord américaines, BERGERON, 1999.

²⁸ Largement portée par le professeur Olivenstein, comme l'analyse Bergeron.

²⁹ Faire reconnaître la spécificité d'une clientèle est une étape nécessaire, et que nous retrouverons, dans la tentative de construction d'un corps d'intervenants spécialisés.

³⁰ BERGERON, 1999, 37-38.

aux toxicomanes. On pourrait d'ailleurs analyser la constitution, décrite par Bergeron, de ce secteur dans les années 1970, comme une innovation qui a su s'imposer et qui, devenue elle-même porteuse de nouvelles normes, a fait barrage, pendant quelque temps, à la nouvelle innovation que constituait la rdr.

Nous avons tenté, avec les outils de la sociologie des professions et de la sociologie de l'innovation, de mettre en forme toutes ces observations. Certes, nous ne sommes pas ici dans le domaine de l'émergence d'innovations sanctionnées par le marché, cependant l'emprunt de certains des outils de ces analyses nous a semblé fécond.

On prête souvent au travail associatif une dimension d'innovation sociale. Dans cette perspective, nous nous sommes posés la question suivante : la rdr constitue-t-elle par sa dynamique et les acteurs qui en sont porteurs, une innovation ? Puis, nous verrons ce que nous apporte cet angle d'analyse sur les enjeux actuels de la rdr.

Norbert Alter définit l'innovation comme une dynamique : "L'innovation est toujours une histoire, celle d'un processus. Il permet de transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques"³¹. Pour lui, ce processus obéit à certaines caractéristiques : l'innovation s'oppose à l'ordre établi, elle constitue donc une déviance, portée par des acteurs dont le poids institutionnel n'est le plus souvent, au départ, pas dominant dans le champ, acteurs qui vont chercher à diffuser l'innovation à travers des réseaux pour finalement arriver, dans le cas d'un aboutissement du processus, à imposer une nouvelle norme. Ainsi, dans un premier temps, "l'ordre considère toujours à un moment donné, l'innovation comme une pratique devant faire l'objet de sanctions négatives. Elle représente donc pour l'innovateur un risque considérable"³². Les sociologues de l'innovation justifient cette prise de risque pour des raisons qui "sont de type social, affectif ou symbolique"³³. Puis, dans le cas où l'innovation réussit, c'est-à-dire se diffuse "un nombre croissant d'individus s'inscrit dans les pratiques nouvelles, ce nombre allant de pair vers la fin du processus avec l'existence d'une nouvelle norme"³⁴ et "les réseaux représentent en quelque sorte l'architecture sociale informelle sur laquelle repose le développement d'une innovation"³⁵. En conclusion "L'innovation est donc bien un processus articulé selon des séquences (...). Ce processus obéit à deux lois principales : celle de l'existence de réseaux d'influence, et celle de l'inversion des

³¹ ALTER, 2000.

³² *Ibid.*, 24.

³³ *Ibid.*, 27.

³⁴ *Ibid.*, 16.

³⁵ *Ibid.*, 18.

normes"³⁶. Qu'en est-il de ce que nous avons observé de la mise en œuvre de la politique de rdr, notamment à travers trois de ses dispositifs ?

A) La réduction des risques, une déviance

Si les attitudes de rdr, au sens large, ne sont pas nouvelles et que le travail dit de proximité en direction des publics marginaux est une longue histoire toujours recommencée, la mise en place du dispositif présenté dans le plan d'action triennal de la MILDT en 1993 et les mesures qui ont suivi, en juillet 1994, constituent un tournant radical dans la politique française des drogues. La rdr a débuté dans la clandestinité, c'est une déviance par rapport à la politique sanitaire existante de la drogue et une déviance par rapport aux normes pénales. Comme nous l'avons vu plus haut, la distribution de seringues propres ne va pas de soi à la fin des années 1980 et jusqu'au début des années 1990. Le 20 janvier 1993, un quotidien rendait compte en ces termes des déboires de l'association Médecins du Monde : "(...) *la dernière en date des opérations coups de poings qui a eu lieu le 12 janvier dernier dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris. Selon MdM les policiers ont confisqué et 'piétiné' les kits distribués par l'antenne mobile de l'association et contenant chacun deux seringues, deux préservatifs et une lettre du ministère de la Santé*"³⁷. La rdr heurte la culture professionnelle des acteurs de la police et de la justice mais aussi ceux de la santé et les textes officiels témoignant d'un renversement des normes et d'une appropriation de ces nouvelles pratiques par l'État, tardent à sortir. Même si, grâce aux actions militantes, la première brochure de prévention est éditée par AIDES en 1986 et les premiers PES fonctionnent en 1989, il faut attendre juillet 1994 pour une véritable mise en place du dispositif, 1995 pour qu'un décret modifie la réglementation et autorise la distribution de seringues en dehors des pharmacies et, sur l'aspect pénal, l'année 1999, pour qu'une circulaire du ministère de la Justice précise expressément que "*sont à proscrire les interpellations du seul chef d'usage de stupéfiants à proximité immédiate des structures à bas seuil ou des lieux d'échanges de seringues*" et que "*en tous lieux, le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation*"³⁸.

Le processus conduisant à l'adoption de normes nouvelles est bien celui que décrivent les sociologues de l'innovation : celle-ci repose sur l'engagement d'acteurs dissidents. Les acteurs de l'innovation sont des militants ou des professionnels marginaux par rapport aux pratiques de leurs professions d'origine. Ce ne sont pas eux qui dominent le champ : "*les innovateurs ne se*

³⁶ *Ibid.*, 19.

³⁷ *Libération*, 20 janvier 1993.

³⁸ MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 1999.

définissent pas par leur statut ou leur niveau hiérarchique mais par une attitude qui leur permet de 'construire l'autonomie et la reconnaissance sociale dont ils ne disposent pas en situation normale'.

En effet, qui sont ici les acteurs de l'innovation ?

La mobilisation militante à l'origine de la création du collectif "Limiter la casse" (1993), regroupe "trois composantes : 1) des militants de l'autosupport, 2) des militants de la lutte contre le sida, 3) des acteurs de santé"³⁹. Et ces acteurs doivent se battre contre les spécialistes reconnus du soin aux toxicomanes comme la plupart de ceux qui sont regroupés au sein de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie⁴⁰. Ceux-ci font d'ailleurs officiellement amende honorable en quelque sorte, comme le souligne H. Bergeron⁴¹ : "En 1994, l'ANIT se prononce finalement en faveur de la réduction des risques dans un document intitulé à dessein : "Changer de cap"⁴²". La stratégie de reconnaissance de l'innovation était alors passée par une recherche de reconnaissance en dehors du seul cercle des professionnels de la santé. Un acteur de l'époque le rappelle "Donc c'était ça : le faire savoir dans les réseaux professionnels qui dépassent les spécialistes. Puisque les spécialistes n'en voulaient pas quand même, de cette affaire. Et ils ne se sont pas gourés. Ils savaient très bien qu'on était en train de venir bouffer dans leurs plates-bandes et leur mettre le nez rouge sur trois, quatre trucs. (...) Parce qu'on était dans une position militante et qu'on avait quand même un petit peu bossé le dossier, si tu veux" (responsable associatif 5)⁴².

Si la rdr est une déviance portée par des dissidents, c'est aussi un réseau grâce auquel elle a pu s'imposer.

B) La réduction des risques, un réseau

Plus qu'un simple pragmatisme, la rdr constitue la mise en forme de ce pragmatisme, en somme, ce pourrait être le début de sa codification. Ce processus en fait un objet capable de cristalliser autour de lui des connaissances, des compétences, de se développer, voire de s'exporter vers d'autres champs, d'autant mieux que ce n'est qu'une enveloppe qui recouvre, légitime et assied des comportements épars préexistants : "La réduction des risques, élaborée en Grande

³⁹ COPPEL, 2002, 366.

⁴⁰ En 1980, témoignant d'un premier mouvement d'institutionnalisation du champ du soin, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) s'était créée, regroupant un ensemble de professionnels marginaux ou "dissidents" dans leur propre champ sur les questions de soin classique des usagers de drogues. Ce sont des acteurs du sanitaire (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers...), des acteurs du social (éducateurs, assistants sociaux, etc.), mais aussi des non-professionnels, dans le sens de non-diplômés d'un métier, qui, pour autant, ne sont pas des profanes en la matière puisqu'il s'agit bien souvent d'anciens usagers de drogues ou encore de jeunes et de bénévoles sans formation spécifique ayant cependant des connaissances sur le mode de vie des usagers de drogues, le quartier, la culture de la rue. C'est ainsi que "le terme retenu 'intervenant en toxicomanie' permettait d'affirmer une identité commune aux différentes professions mais aussi aux "non-diplômés", souvent "ex-toxicomanes"⁴¹, écrit Anne COPPEL (1996, 106). Mais en réalité, ce sont d'autres groupes qui vont porter la politique de réduction des risques.

⁴¹ BERGERON, 1999, 294.

⁴² Cf. la liste des entretiens et la signification des abréviations en annexe.

Bretagne et en Hollande, sera cette conception qui potentialise la conversion, qui transforme l'acteur isolé aux propositions peu assurées et parfois non encore complètement formulées, en membre d'une communauté aux positions argumentées et légitimes"⁴³. Ainsi cette mise en forme conceptuelle à l'intérieur de laquelle les acteurs vont se reconnaître, sera l'occasion pour eux de découvrir qu'ils font réseau, notamment lors de rencontres internationales : "*Les élus et les praticiens de quarante villes d'Europe ont confronté leurs politiques de prévention des toxicomanies lors d'un séminaire réuni du 16 au 18 décembre à Marseille, par le Forum européen pour la sécurité urbaine. Ils ont témoigné d'actions locales privilégiant l'accès aux soins et la réduction des risques sanitaires*"⁴⁴. Ce mouvement dynamique de cristallisation est bien illustré dans l'analyse qu'en font A. Lovell et I. Féroni⁴⁵ qui y voient un "*monde social en construction*", les mondes sociaux étant définis comme des "*regroupements de divers acteurs ayant des activités en commun et des préoccupations similaires, ces ensembles étant liés par des réseaux de communication*".

La référence aux expériences étrangères, qui souvent ont servi de modèles pour lancer les premiers dispositifs, va servir de premier cadre de légitimation. La première "conférence internationale sur la réduction des risques" se tient en 1990 et depuis lors, se réunit tous les ans : c'est l'occasion de découvrir ces expériences. A. Coppel⁴⁶ écrit "*entre 1990 et 1992, il n'est pas de ville européenne qui n'ait mis en œuvre quelques-unes au moins des mesures de prévention du sida [à l'intention des usagers de drogues]. En 1992, nous sommes quelques-uns à découvrir que la France est devenue une exception en Europe*".

Puis, les choses vont prendre corps petit à petit en France, dans les débats, souvent conflictuels, au sein du premier réseau que constitue le collectif "Limiter la casse" à partir de 1993 et plus tard, à partir de 1998, au sein de l'association française de réduction des risques (AFR), qui, dès 1999, publie un bulletin et ouvre un site internet. C'est au sein de cette association que s'élabore en 2001 le "Cahier des charges du travail de première ligne", document qui énonce les principes et modalités de mise en œuvre de dispositifs d'intervention auprès des usagers de drogues tels que PES, boutiques et équipes de rue. Le corpus de compétences et de savoirs qui s'est constitué de façon plus ou moins éparse est ici rassemblé, approprié collectivement, et mis en forme par un ensemble de professionnels regroupés en association. Un autre cahier des charges est élaboré à propos des interventions en milieu festif. Par ailleurs, on peut noter que des travaux, publiés, du Collège Coopératif Provence, Alpes, Méditerranée (CCPAM) et du CEREQ⁴⁷ dans le Midi, ainsi que ceux de la Mission Départementale de Prévention des Toxicomanies

⁴³ BERGERON, 1999, 273.

⁴⁴ INCIYAN, 1993.

⁴⁵ LOVELL, FÉRONI, 1998.

⁴⁶ COPPEL, 2002, 14.

⁴⁷ CAUSSE, ROCHE, 2002 ; BROCHIER, TEISSIER, 2001.

(MDPT) en Seine-Saint-Denis qui lance une revue en 2001⁴⁸, commencent à constituer tout un corpus de référence.

Pendant ce temps, au niveau international et notamment dans le cadre institutionnel de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, le travail d'échange et de construction de concepts et d'outils communs se poursuit comme en témoigne la parution en juin 1999 d'un manuel sur le travail de première ligne en direction des usagers de drogues⁴⁹, manuel qui faisant un véritable effort de définition des termes utilisés dans le champ est une tentative de consolidation des concepts et dont la parution est un signe de reconnaissance et de légitimation du champ⁵⁰.

Enfin, la rdr a fait évoluer les normes.

C) La réduction des risques, une nouvelle norme ?

Si on ne peut véritablement parler d'aboutissement du processus de l'innovation par une "inversion des normes", on voit cependant, petit à petit, s'installer à côté, ou plutôt en "superposition", des normes pénales et sanitaires une autre norme d'intervention. Cette évolution a connu récemment un événement marquant : l'adoption par le Sénat d'un amendement qui devrait conduire à donner un cadre légal à la réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, la réduction des risques est jusqu'à présent une pratique davantage tolérée qu'acceptée en tant que telle, et encadrée par de multiples textes administratifs dont aucun n'a le statut d'une loi. Or, dans le cadre du projet de loi sur la santé publique, un amendement d'un sénateur⁵¹, appuyé par le gouvernement, a été adopté à la séance du 14 janvier 2004⁵² : il vient affirmer que "la

⁴⁸ Le premier numéro comporte la relation de cinq expériences européennes, et une réflexion sur la "prévention de proximité", concept et application. Ce numéro se termine par une partie qui s'appelle "vers un lexique commun" qui souhaite ouvrir un espace de réflexion sur les concepts clés utilisés dans le champ. L'intérêt de cette démarche réside aussi dans l'apport en précision que suppose le travail de traduction, en effet ces concepts sont discutés dans le cadre des rencontres entre les équipes européennes du projet (MISSION DÉPARTEMENTALE DE PRÉVENTION. DÉPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS, *Prévention des conduites à risques et des toxicomanies*, 2001).

⁴⁹ KORF, RIPER, FREEMAN, LEWIS, GRANT, JACOB, MOUGIN, NILSON, 1999.

⁵⁰ MOUGIN, 2002.

⁵¹ Il s'agit de Bernard Plasait qui était rapporteur de la commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, commission qui avait souligné les dangers de banalisation de l'usage que représentait, selon elle, la réduction des risques (SÉNAT, 2003).

⁵² La loi relative à la politique de santé publique a été adoptée le 9 août 2004. Elle intègre l'amendement en question qui comporte trois articles : le premier donne un statut légal à la rdr, le deuxième précise ses objectifs sans oublier la réduction des risques sociaux, ce qui est, nous l'avons déjà noté (note 21), un renforcement de l'argumentaire de défense de la rdr et le troisième consacre, en échange d'assurances de financement, un droit de regard non négligeable de l'État sur les actions menées :

" Art. L. ... - La définition de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'État.
Art. L. ... - La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse, et les dommages sociaux liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'État". Cet amendement, qui introduirait la rdr dans la loi en constituerait donc une première reconnaissance légale ; il est l'aboutissement d'un travail collectif : l'action concertée de l'ANIT, l'AFR, AIDES, Médecins du monde et d'autres...⁵⁴

Pour autant, les autres normes ne sont pas abandonnées. Le projet de révision de la loi de 1970⁵⁵ ne prévoit pas la dépénalisation de l'usage de drogues mais la transformation du délit en contravention de troisième ou de cinquième classe, afin, selon les promoteurs du projet, de rendre la sanction plus effective, plus certaine et aussi plus proportionnée, en supprimant la possibilité de l'emprisonnement. On reste donc dans un cadre prohibitionniste. De même, la rdr reste inscrite dans la rhétorique du soin, elle-même sous-tendue par l'objectif d'abstinence. La logique de défense des droits individuels selon laquelle la politique de réduction des risques représente un droit à l'information pour des "drogués heureux" selon l'expression d'ASUD, n'est pas de mise ici. On peut noter d'ailleurs que la commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites avait auditionné différentes associations promouvant la politique de réduction des risques, à l'exception des associations d'auto-support, pourtant historiquement impliquées dans son émergence et sa mise en œuvre, ce qui avait entraîné la protestation du président d'ASUD.

La question de savoir si la rdr constitue une troisième voie, à côté de la criminalisation et du soin reste ouverte. Est-ce simplement un poumon d'air, nécessaire à la gestion sanitaire et pénale des drogues dont la rigidité mènerait à l'impasse ? *A posteriori*, cela peut s'analyser en effet, comme la marge de jeu nécessaire dans toute institution pour en assurer la pérennité. Comme P. Bourdieu l'analyse pour le travail social : "*paradoxalement la rigidité des institutions bureaucratiques est telle qu'elles ne peuvent fonctionner tant bien que mal que grâce à l'initiative, à l'inventivité, voire au charisme des fonctionnaires les moins emprisonnés dans leur fonction*"⁵⁶. Cela peut aussi s'analyser de façon plus ambitieuse comme l'amorce d'une véritable politique alternative assise sur une innovation aboutie

Art. L. ... - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, concourent à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.

Les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'État, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales.

Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite".

⁵⁴ SARAZIN, 2004.

⁵⁵ Projet finalement abandonné dans le plan gouvernemental 2004-2008 présenté par le Président de la MILD'T le 29 juillet 2004

⁵⁶ BOURDIEU, 1993, 355.

qui aurait réussi, sinon à inverser les normes de gestion de l'usage de drogues, du moins à imposer leur coexistence avec une nouvelle norme.

L'angle d'analyse adopté ici permet d'introduire une certaine distance par rapport à l'objet d'étude qui devient un processus social "banal" dont on peut mieux comprendre le moteur et les fragilités. Il permet aussi de resituer la rdr comme un processus, une dynamique, qu'il convient de suivre dans le temps et qui s'inscrit dans un cadre plus large, celui du contexte concurrentiel ou peut-être simplement polymorphe des politiques publiques. Nous avons vu aussi que la rdr a été portée par un réseau d'acteurs différents, ce qui en fait un objet mouvant aux contours sans cesse débattus voire renégociés : la définition de la rdr représente un enjeu. C'est ce que nous abordons ci-dessous.

3°) La réduction des risques de l'usage de drogues illicites, un concept polymorphe

Dans son dernier livre Anne Coppel⁵⁷, elle-même actrice autant qu'observatrice dans ce champ, donne une définition de la politique de réduction des risques : *"La politique dite de 'réduction des risques liés à l'usage de drogues' est une politique de santé publique. (...) Elle trouve sa source dans les premières politiques de santé publique du XIX^{ème} siècle et elle fonde les politiques de prévention des drogues licites. Les principes de cette politique peuvent être résumés par 1) une approche intégrée des drogues licites et illicites qui fait appel à la réglementation à l'information et à la prévention ; 2) une approche fondée sur une hiérarchie des risques sociaux et sanitaires ; 3) une approche intégrée de l'usage de l'abus et la dépendance : prévention et soin s'inscrivent dans une continuité (...); 4) l'appel à la responsabilité : il appartient à l'usager de protéger sa santé ; il doit être associé aux actions qui lui sont destinées et ses choix doivent être informés. (...) Éducation par les pairs, counselling, autosupport, outreach, soins de santé primaire, échange de seringues, réponses en situation de crise, diversification des traitements, tels sont les outils les plus fréquemment développés"*. Cette définition permet de souligner plusieurs points. D'emblée ici, nous nous situons dans le champ de la santé publique, c'est-à-dire qu'on dépasse le seul souci clinique individuel, pour aborder la question d'un comportement sous sa dimension collective. Ce comportement est appréhendé de façon globale, en intégrant tant sa dimension sociale que sanitaire, dans une approche compréhensive de l'individu et une perspective humaniste. Par ailleurs, on peut noter l'abandon de la logique prohibitionniste comme mode de contrôle d'un comportement et l'adoption d'une approche fondée sur les "modes de faire" plutôt que sur le "faire" : ce n'est plus tant l'usage qui compte que l'abus ou la dépendance. Enfin, il est fait référence tant à la responsabilité des usagers qu'à leurs droits et leurs libertés. Suit une énumération des outils utilisés par cette politique. Il est en effet

⁵⁷ COPPEL, 2002.

assez fréquent que cette politique soit définie par les dispositifs qu'elle met en œuvre, ce qui illustre la difficulté qu'il y a à la définir, sans recourir à sa généalogie qui est une mise en forme progressive d'expériences de terrain nées de la prise en charge d'une urgence sanitaire par des acteurs militants, concernés de près ou de loin⁵⁸.

En France, les représentations que les différents acteurs ont de la rdr sont loin d'être uniformes et consensuelles, en raison de leurs appartenances et cultures professionnelles, de leurs positions institutionnelles et de leurs contributions respectives à l'histoire de la mise en place d'une telle politique. Si l'urgence de la situation due à la forte contamination des usagers d'héroïne injecteurs, par le virus du sida a fait consensus, il y a quinze ans, autour d'un nécessaire pragmatisme, les résultats positifs de cette politique risquent de faire éclater ce consensus apparent et resurgir des points de vue différents⁵⁹. La définition de cette politique est en soi un enjeu qui n'a jamais été clarifié parce que cette politique souffre d'une ambiguïté dès le départ : c'est un cheval de Troie⁶⁰ à l'intérieur duquel des troupes d'obédiences diverses se sont entassées, et une fois dans la ville, l'unité de la démarche de ces différents groupes risque de n'être plus qu'un souvenir. La période militante a gommé les hétérogénéités : "*... il y a eu une période très militante. Entre autre autour du mouvement " limiter le casse " où là effectivement on a pu croire que l'on avait des points très communs. Mais qui étaient dans la revendication d'application d'accès aux soins des personnes toxicomanes malades. Des accès aux soins somatiques, sans forcément passer par un sevrage. C'était un point commun. Après lorsque cela s'est réalisé concrètement, il y a eu vraiment une grande diversification des acteurs*" (responsable associatif 4).

Ainsi, on trouve dans les définitions données de la rdr un véritable patchwork de logiques d'ordre humaniste et solidaire comme celles défendues par les acteurs que nous avons rencontrés⁶¹ ou qui peuvent se rattacher à ce qui est parfois dénoncé comme une logique néo-libérale de l'action publique. Selon les tenants de cette dénonciation, logique de prévention et logique de rdr s'opposeraient fortement, cette dernière se limitant à une gestion économique voire actuarielle des conséquences de certains comportements identifiés comme porteurs de risques pour la société. Cette opposition est décrite pour le champ de la délinquance dans des termes assez radicaux : "*Ces deux modes d'appréhension [politique de prévention et politique de réduction des risques] d'une même réalité sociale ne sont pas directement compatibles. Ils participent de deux systèmes opposés de*

⁵⁸ "Il s'avère à cet égard plus aisé d'énumérer les diverses stratégies que l'on retrouve sous ce label que de cerner les points communs à l'ensemble de ces programmes" (QUIRION, 2002).

⁵⁹ Ils peuvent aussi conduire à une certaine remise en cause de cette politique comme en témoignent deux événements de nature différente mais de notre point de vue significatifs de ces derniers mois : le rapport du Sénat (SÉNAT, 2003), et la mise en cause judiciaire de l'ancien président de Technoplus pour la distribution de flyers de rdr en septembre 2003.

⁶⁰ L'expression est d'ailleurs souvent reprise par tous ceux qui ont écrit sur la question, mais comme métaphore de la pénétration du camp adverse, plus que de l'hétérogénéité des troupes !

⁶¹ Pour une description de l'enquête par entretiens, cf. la partie "Méthode".

*pensée, l'un centré sur la personne, l'autre axé sur la population. Ils impliquent chacun un mode de gestion différent du temps, l'un se déployant selon une temporalité moyenne ou longue, l'autre sur une temporalité courte. (...) L'un tente d'appréhender l'ensemble des dimensions d'une personne en la resituant dans un ensemble social structuré par un système de normes ; l'autre s'appuie sur une vision et une gestion pragmatiques des problèmes sociaux en s'efforçant de les isoler afin de les hiérarchiser à partir d'une évaluation de l'urgence. La première approche s'attache à obtenir l'adhésion de la personne, la seconde se déploie au seul regard du risque, d'un schéma d'évaluation concernant l'ensemble de la population et à partir d'un discours alimenté par la peur de la généralisation de ces comportements"*⁶².

Cette présentation des choses tend à montrer que les acteurs du champ sanitaire peinent à conceptualiser suffisamment leur démarche, ce qui peut rendre difficile son exportation fidèle vers d'autres champs. Peut-être qu'une certaine confusion aurait pu être évitée si ces acteurs avaient réussi à imposer la traduction littérale de l'expression anglo-saxonne concernant les pratiques qu'ils ont importées. Le terme "réduction des risques" est en effet une traduction inadéquate de l'expression "*harm reduction*" qu'on aurait pu traduire par "réduction des dommages" ou "réduction des méfaits"⁶³.

Si la dénonciation de l'aspect néo-libéral de la rdr, que nous venons de citer, correspond à une vision qui se heurte assez radicalement à celle qu'en ont les acteurs de terrain, on verra que les finalités invoquées à l'appui de leur action peuvent se rattacher concomitamment à plusieurs logiques. Examinons à présent comment les acteurs que nous avons rencontrés définissent cette politique.

A) La réduction des risques est une prévention du risque infectieux, chez les personnes marginalisées

Dans son acception étroite, née de l'histoire de sa mise en œuvre liée à la lutte contre le sida, la rdr s'attache aux risques infectieux et s'adresse à un public en état de précarité sociale. *"C'est vrai que un peu partout en Europe, mais plus particulièrement en France la réduction des risques a signifié deux choses et à peu près deux seules. C'était d'une part on va dire la lutte contre la dissémination des virus transmissibles parmi les injecteurs. Enfin, disons les hépatites et la question du Sida, la question du VIH. Et*

⁶² BAILLEAU, 2003.

⁶³ Pour B. Quirion, en matière de réponse sociale à la toxicomanie, la "réduction des risques" est en quelque sorte une récupération de la "réduction des méfaits" : "dans le cadre des programmes de réduction des méfaits de première génération les manifestations indésirables que l'on cherche à prévenir se mesurent à une échelle individuelle (...) les programmes de réduction des méfaits visent à réduire les conséquences de certaines pratiques dommageables pour les individus qui s'y adonnent. Or à mesure que ces stratégies d'intervention seront récupérées à une plus grande échelle par les agences publiques, on assiste à une reconfiguration dans la liste des événements indésirables à prévenir. Les méfaits se mesurent désormais à une échelle collective comme par exemple les impacts de certaines conduites sur les taux de criminalité" (QUIRION, 2002, 488).

d'autre part, les publics très marginalisés. Ça n'a jamais signifié que l'un et/ou l'autre. Et finalement y a pas qu'en France que c'est vrai. Mais ça l'a été tout particulièrement en France. Alors aussi pour des raisons institutionnelles. Lorsqu'on s'est demandé à la DGS et au ministère de la Santé au début des années 1990, quel serait le dispositif administratif qui serait en charge des programmes d'échanges de seringues et des boutiques, on a décidé que ce serait la division sida et non le bureau SP3 qui à l'époque s'occupait de tout ce qui était toxicomanie. (...) Mais en même temps bien sûr, ça a très vite enfermé la réduction des risques dans la réduction des risques infectieux, point barre et dans l'accès aux publics très précarisés" (responsable associatif 2).

B) La réduction des risques est un droit citoyen à l'information

Pour leur part, les militants d'ASUD, association d'auto-support, sont particulièrement attentifs à ne pas lier réduction des risques et aide aux publics précarisés. Pour eux, cette clientèle particulière donne une vision trop réductrice de leur projet, qui est avant tout de faire prévaloir un droit à l'information afin que les personnes soient éclairées dans leurs choix : *"cette question des boutiques et des PES qui sont clairement des usagers marginalisés, exclus (...) c'était pas le projet de départ forcément. C'est ce qu'on trouve à l'arrivée parce que l'évolution pour le coup des pratiques fait que les gens qui sont clients de ces endroits, c'est les exclus et pas les autres, qui fuient ces endroits comme la peste. Mais ça effectivement, ça nous générerait plus (...) Mais moi ce que je verrais comme idéal, ce serait qu'on arrive à des centres qui seraient des centres d'informations sur les drogues (...) et qui n'aient rien à voir avec des tickets-restaurant ou de prendre sa douche ou laver ses affaires ; d'ailleurs moi j'ai toujours trouvé ça choquant. Quel rapport quoi ?" (responsable associatif 3).*

C) La réduction des risques a au départ une finalité qui concerne les usagers et par la suite une finalité qui concerne la collectivité toute entière

La finalité de la rdr a été étendue à l'ensemble de la collectivité d'une part parce que celle-ci est elle-même soumise au risque sanitaire et d'autre part par l'énonciation, au delà de ce risque sanitaire, d'un objectif plus large de prévention de risques et de dommages sociaux. C'est ce qui ressort des textes administratifs :

"Mise en œuvre par les pouvoirs publics devant l'urgence que constituait, il y a dix ans, l'épidémie de sida, la politique dite de 'réduction des risques' consistait alors à mettre à disposition des usagers de drogue du matériel d'injection stérile. Elle qualifie aujourd'hui l'ensemble des informations, des aides et des prises en charge proposées

aux consommateurs de substances psychoactives, et notamment aux usagers de drogues intraveineuses, pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à leur consommation"⁶⁴.

... et de nos entretiens :

"Quand on est professionnel de santé, on est toujours coincé entre son action en terme de santé publique et son action en terme de santé individuelle" (responsable associatif 6). Si, pour cet acteur, il existe une ambiguïté potentielle dans les finalités de son action, il refuse de s'y laisser enfermer, en revendiquant la dimension systémique de cette action. Pour lui, en effet, s'occuper de la santé de l'usager, de l'individu, du déviant, c'est aussi s'occuper de la santé de la société, de la cité, du groupe, et vice-versa, ce qui le conduit à intervenir notamment auprès de l'association des élus locaux contre le sida, sur le travail auprès des toxicomanes : *"quand on est dans la prescription médicale de produits de substitution inévitablement, on a des répercussions. Notre travail a des répercussions sur les faits et gestes dans la galère dans laquelle se trouve l'usager de drogue et notamment les actes de délinquance qu'il peut faire pour subvenir à ses besoins et à l'achat de ses produits. Pour moi cela fait partie indirectement de mon travail. C'est clair. C'est évident que je participe à la régulation sociale (...) c'est-à-dire que ce n'est pas en pratiquant justement l'exclusion de ces gens-là"* (responsable associatif 6).

D) La réduction des risques est une pratique très individualisée

La rdr n'a rien d'une pratique standardisée, elle s'adresse à une population qui a des besoins qui vont de la seule restauration d'un minimum de lien social, à l'orientation sanitaire, en passant par toutes les étapes intermédiaires. C'est un accompagnement très individualisé, attentif et prêt à durer :

"la réduction des risques, j'appellerais ça plus un accompagnement dans le territoire quotidien de l'usager de drogue. Sans autre finalité que d'être présent. Et de oui, réduire les risques. Je ne sais pas ce que ça veut dire en fait. C'est d'être présent au plus proche du patient. Et même pas du patient parce que ce n'est même pas encore un patient. C'est être présent au plus proche de l'individu qui prend, qui consomme. Et de l'accompagner sans aucune finalité, sans aucun jugement quant à sa volonté de se soigner, d'arrêter, sans aucun sens critique" (partenaire 2).

C'est un travail qui s'apparente à de la "haute couture" :

"Ce travail de proximité avec des exigences adaptées à la mesure de l'intentionnalité de soin, à la mesure du moment où la personne en est dans sa trajectoire, c'est des exigences basses. Mais c'est vrai que par rapport à ce qui est dispensé comme soin, plus on descend dans les propositions avec des exigences basses pour arriver à faire avancer

⁶⁴ Circulaire MILDT/ DIV, 2001.

les gens qui sont très bas dans leur prise en charge, plus on est amené à faire de la haute couture" (responsable associatif 6).

"C'est pour moi quelque part l'accompagnement avec limitation des dégâts, avec aussi un encouragement à l'accès aux soins. Tout en respectant la liberté de chacun à un moment donné d'arrêter, de ne pas arrêter. (...) C'est ça ma définition. Sans jugement, sans stigmatisation" (apl 15).

E) La réduction des risques est une alliance avec les usagers

Nombreux sont ceux pour qui la rdr a nécessairement une dimension "communautaire" au sens où elle n'est possible qu'à travers une alliance avec le milieu des usagers de drogues. Cette alliance va de l'appel à la responsabilité des usagers : *"c'est ça aussi la politique de réduction des risques. Et ce n'est pas étonnant qu'elle soit née en même temps que le VIH. C'est vraiment la personne au milieu acteur de sa santé, de sa protection, etc. Et s'il ne veut pas se protéger et bien il ne veut pas. Et c'est tout. Et c'est son droit le plus absolu. Par contre, penser qu'il faut lui donner les moyens de se protéger s'il veut se protéger"* (responsable associatif 7).

... à la collaboration active pour pouvoir d'une part élaborer et produire les bons messages de prévention et d'autre part s'assurer de la diffusion de ces messages vers la bonne cible : *"la réduction des risques pose des bases d'intervention radicalement différentes de celles qu'il y avait antérieurement... dont la question de l'acceptation de l'usage, dont la question d'un travail sur la culture de l'usage puisqu'une bonne connaissance des cultures d'usage, cela permet d'identifier les risques et d'intervenir dessus"* (responsable associatif 5). Et ce nouveau mode d'intervention suppose des acteurs d'un genre nouveau issus du milieu qu'on cherche à pénétrer : *"des bergers qui sentent un peu le mouton en gros"* (responsable associatif 5).

F) La réduction des risques dépasse le seul champ de la prévention, c'est un échelon dans la chaîne du soin

La vision de la politique de rdr, comme politique limitée à la prévention, n'est pas celle de tous les acteurs : *"Dans notre esprit, la réduction des risques, c'était beaucoup plus que ça. D'abord elle s'adresse à tous les types d'usagers, marginalisés ou pas marginalisés. Ensuite elle ne concerne pas que le champ de la prévention, mais elle concerne le champ du soin"* (responsable associatif 2).

Les acteurs ne veulent pas se laisser enfermer dans la seule prévention, mais voient la rdr comme le premier échelon dans la chaîne du soin :

"Mais c'est aussi s'occuper de ces gens qui auront une trajectoire dans la dépendance à tous les moments de leur trajectoire. Du début jusqu'à la fin. Et que ces gens doivent bénéficier de services adaptés à leur moment dans leur trajectoire et à leur intentionnalité de soins et on peut dire que cela peut se décomposer en trois niveaux. Le premier niveau ce qui est essentiellement intégré dans le mot réduction des risques en France. C'est là que c'est réducteur. Le premier niveau, c'est les réponses qui sont données dans les programmes d'échanges de seringues, dans les boutiques, dans les sleep-in et qui visent à réduire au mieux les risques infectieux en rapport avec la santé. (...) Et puis ça veut dire une aide à la survie par rapport à cette dépendance. Et puis, le deuxième stade étant la proposition de soin ... qui passe entre autre par la prise en charge et prescription médicale de médicaments et notamment de produits de substitution. Et puis le troisième stade, c'est les usagers doivent avoir accès bien évidemment au sevrage et à la réinsertion sociale" (responsable associatif 6).

G) La réduction des risques, une autre façon de concevoir les politiques publiques

Les acteurs du secteur sanitaire souhaitent l'essaimage du concept vers d'autres politiques publiques. La rdr peut aussi servir aux acteurs des politiques publiques, de ferment pour réfléchir à leurs propres pratiques professionnelles : "la réduction des risques ça peut s'appliquer à d'autres domaines que l'usage de drogues et cette pratique-là de rdr liée à l'usage de drogues, ça nous renvoie nous en tant qu'AS (assistant social), sur nos pratiques, nos valeurs, nos représentations" (apl 8).

Mais pour eux cette exportation est encore à faire. "C'est-à-dire qu'on avait le sentiment que dans le secteur sanitaire et social, en tout cas celui qui s'occupait de l'usage de drogue, y avait eu des... comment appeler cela, des changements de mentalité, l'apparition de points de vue nouveaux qui avaient fini par prévaloir. Mais que c'était pas du tout le cas dans le champ de l'éducation, du côté des services répressifs, police et justice, du côté des collectivités locales, etc. Et donc au départ on avait cette ambition prométhéenne. En tout cas c'est pas du tout arrivé en réalité" (responsable associatif 2).

On voit que dans son acception la plus complexe la rdr est aussi un projet critique de politique publique : "Et comme finalement on avait toujours eu une définition très large de la réduction des risques qui était pour nous au moins un paradigme général dans le champ sanitaire et social. Voir plus c'est-à-dire que dans son extension la plus grande la réduction des risques comportait aussi une critique des politiques publiques lorsque précisément elle ne favorisait pas ce type d'approche" (responsable associatif 2).

H) La réduction des risques, une logique aux marges de la loi

On a vu que la rdr s'est implantée en bousculant d'autres politiques notamment la politique de répression de l'usage de drogues. Ainsi, une des spécificités de la rdr que rappelle une responsable administrative (2), c'est de travailler aux marges de la loi : *"Ce qui à mon avis est différent dans la réduction des risques, c'est qu'on travaille sur un domaine où effectivement, il y a une loi qui cadre la prise en charge des toxicomanes. Et que là, quelque part, on est obligé de transgresser cette loi"*.

La position développée par cette responsable est fondée sur l'origine historique de la politique de réduction des risques mise en œuvre, c'est-à-dire l'irruption du sida et la nécessité de protéger les toxicomanes injecteurs. C'est-à-dire d'une part, que pour elle, les acteurs les plus importants sont ceux qui sont issus des associations sida et que d'autre part, la rdr c'est d'abord distribuer des seringues. Cela signifie aussi qu'à partir du moment où la rdr est vue comme spécifique aux toxicomanes injecteurs, elle est d'emblée caractérisée par son rapport à la loi, c'est cela qui en fait la spécificité et c'est ce qui rapproche ce champ de celui de la prostitution et du travail avec les populations en situation irrégulière : *"là on est toujours : "Comment on se positionne par rapport à la loi quand on est intervenant dans une structure ?" parce qu'on fait des trucs qui ne sont pas toujours dans la légalité. C'est comme quand on travaille en milieu prostitutionnel. Et quand on travaille avec des étrangers en situation irrégulière. C'est pour ça qu'on peut dire qu'il y a des choses communes dans ces trois champs"* (responsable administratif 2).

Nous avons en particulier rencontré cette question à propos de la distribution des seringues dans des lieux protégés comme les boutiques. Dans les lieux d'accueil aux toxicomanes, on est, par la force des choses, confronté à des situations d'illégalité qu'il faut savoir gérer. Tolérer des comportements illégaux tels que la consommation sur place est un risque majeur, d'une part, la boutique n'est pas équipée pour soigner une overdose et d'autre part un tel accident menacerait l'existence même de la structure, mais les refuser tout net peut remettre en cause le sens du travail effectué :

"Par exemple nous savons clairement qu'il y a des gens qui se shootent là-dedans et c'est interdit par le règlement. Cela ne devrait pas se faire. Mais parfois c'est mieux que cela se fasse ici qu'ailleurs. Pour l'équilibre de la personne qui le fait. (...) à la limite, tu comprends notre boulot, c'est le fait de donner des seringues à des gens qui arrivent ici qui ont des produits dans la poche. On nous dit qu'il faut faire de la réduction des risques. On nous dit : "Il faut que cela se fasse de la meilleure façon possible pour toi. Maintenant va te shooter dans une cave ou dans un truc...". C'est absolument incohérent. C'est comme cela les cadres des lois. C'est cela. Mais notre rôle, notre façon de faire c'est aussi jongler à la limite entre ... tu vois la légalité, l'illégalité" (apl 9).

Tenir une posture aussi inconfortable suppose le plus souvent d'en chercher l'issue par une position militante de remise en cause de la loi de 1970 : *"je pense que un des rôles que nous avons aussi*

c'est de changer la loi 70 par exemple" (apl 9), ou la demande de "salle de shoot" : "Et la vraie réponse cela serait de pouvoir ouvrir une shooting room. C'est clair. Mais on n'en est pas là. Et tant qu'il n'y aura pas cela, on sera un peu dans la merde" (responsable associatif 5).

On peut remarquer que c'est là que le secteur associatif est susceptible de jouer pleinement l'une de ses fonctions qui est de faire remonter vers la sphère des décideurs et la sphère politique les problèmes de terrain.

I) La réduction des risques, un "chèque en gris"

On vient de voir que la rdr est confrontée au paradoxe apparent d'une politique qui pour se déployer nécessite "des petits arrangements avec la loi", petits arrangements d'autant plus faciles à passer sous silence que la mise en œuvre de la politique de réduction des risques est essentiellement déléguée au secteur associatif et que le mandat qui lui est donné est suffisamment flou pour que chacun sauve la face.

On voit ainsi apparaître la position ambiguë du mandataire public par rapport aux missions difficiles.

"C'est interdit [l'usage]. Cela fait partie du règlement de toutes les boutiques.

- Mais en pratique comment on gère ce problème-là ?

- Cela il faut le demander à Monsieur X [de la boutique]. Il ne me dit pas dans le détail comment il gère son⁶⁵ problème" (responsable administratif 4).

On peut, toutes proportions gardées, faire le parallèle avec d'autres domaines, par exemple les missions parfois ambiguës données à la police, ce que J.P. Brodeur appelle le "chèque en gris" : *"Métaphoriquement nous dirons que les mandats qui sont donnés à la police prennent la forme d'un 'chèque en gris'. La signature et les montants consentis sont d'une part assez imprécis pour fournir au ministre qui l'émet le motif ultérieur d'une dénégarion plausible de ce qui a été effectivement autorisé ; ils sont toutefois suffisamment lisibles pour assurer le policier qui reçoit ce chèque d'une marge de manœuvre dont il pourra lui aussi plausiblement affirmer qu'elle lui a été explicitement concédée. (...) L'opacité des directives transmises est évidemment une fonction directe de la prévision qui est faite du caractère illégal ou répréhensible des opérations qui devront être accomplies pour les mettre en application (cette doctrine est couramment désignée en anglais sous l'appellation de "plausible deniability)"⁶⁶. Bourdieu fait un constat un peu analogue à propos d'une autre profession, médiatrice entre les institutions et une population déviante, celle de l'éducateur*

⁶⁵ C'est nous qui soulignons.

⁶⁶ BRODEUR, 1984.

de rue : "sorte d'avant-garde d'une institution à qui il offre des services irremplaçables mais qui est toujours prête à le désavouer"⁶⁷.

Finalement, sur quel registre de régulation se situe la rdr ? On voit se dessiner quelques traits qui font de la rdr un objet susceptible de dépasser le simple pragmatisme et qui, en perpétuelle recherche de lui-même se caractérise moins par des contours précis, que par des enjeux de définition toujours recombinaisonnés et renégociés autour de la prise en compte du risque individuel et des risques collectifs, des risques sanitaires et des risques sociaux, du traitement de l'usage et du traitement de l'abus, de l'articulation de la prévention et du soin, des références libertaires aux droits individuels et des références à la responsabilité. Dans son analyse des politiques de rdr au niveau local, M. Joubert observe que celles-ci se conjuguent avec des référentiels de politique publique regroupés autour de trois axes (orientation sanitaire, orientation de contrôle social et ligne communautaire), axes *a priori* très éloignés les uns des autres⁶⁸.

B. Quirion⁶⁹ a tenté de mettre un peu d'ordre dans tout cela, en proposant un agencement des modes de régulation de l'usage de drogues autour de quatre modèles possibles, les deux premiers, le modèle pénal et le modèle du soin appartenant au référentiel prohibitionniste de la société sans drogues, les deux derniers, le modèle de réduction des risques dans une perspective de gestion des populations jugées 'à problèmes' et le modèle de réduction des méfaits dans une perspective humaniste et individualisée, appartenant à une logique gestionnaire. Dans ce schéma d'analyse, les acteurs de la politique de rdr en France se situeraient le plus souvent dans le modèle de réduction des méfaits, avec parfois des incursions du côté de la gestion des risques. Quirion analyse ces incursions d'un modèle à l'autre comme des "porosités" entre modèles ou "contaminations" d'un modèle par l'autre. Dans son analyse, il y aurait une dynamique historique de passage du modèle prohibitionniste vers le modèle gestionnaire (et à l'intérieur du modèle gestionnaire du modèle de "réduction des méfaits" vers le modèle de "réduction des risques"), alors que d'autres auteurs ne voient dans l'adoption d'une logique gestionnaire qu'une adaptation des modèles prohibitionnistes.

Quoiqu'il en soit, il s'avère que la définition de la rdr et de ses finalités doit s'analyser comme un enjeu permanent de lutte.

Nous sommes parties d'un dispositif et nous arrivons à des enjeux de politique publique, où l'enjeu de définition s'inscrit dans un contexte de retour du sécuritaire, avec des acteurs venant de champs différents et une réflexion tous azimuts, sur le risque.

⁶⁷ BOURDIEU, 1993, 384.

⁶⁸ Il montre notamment comment en fonction des contextes locaux la rdr peut se décliner différemment dans ses rapports avec la prévention, le soin et la sécurité (Joubert, 1999).

⁶⁹ QUIRION, 2002.

Examinons maintenant brièvement la deuxième caractéristique des pratiques professionnelles que nous examinons : le travail "en première ligne" ou de "proximité".

II - LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ, L'HISTOIRE D'UN ÉTERNEL RECOMMENCEMENT

Si le travail de rue, le travail de proximité, de bas seuil, de première ligne⁷⁰ concernant plus spécifiquement les usagers de drogues remonte, selon A. Coppel⁷¹, à la fin des années 1960 aux États-Unis, et à peu près à la même époque au Royaume-Uni, la filiation de ces modes d'action est souvent recherchée dans le travail de prévention auprès des jeunes en difficulté⁷². Dans une analyse de l'histoire de la prévention, D. Duprez écrit : "*Dans les années cinquante*], la prévention est (...) la tâche de bénévoles qui entrent en contact avec des bandes de jeunes afin de provoquer des changements d'orientation des groupes de jeunes tout en prônant de ne pas les démanteler"⁷³. Est-ce qu'on ne se trouve pas là devant une attitude pragmatique qui s'apparente à du travail de première ligne en réduction des risques sociaux ? Il peut donc être éclairant de se référer ici, très brièvement et uniquement dans la mesure où cela éclaire notre propre démarche, à l'histoire de la mise en place des clubs et équipes de prévention en France parce que cette histoire, nous semble-t-il, peut fournir quelques balises, dans l'analyse du travail de première ligne en direction des usagers de drogues. On peut y voir en effet, la recherche d'une "alliance" avec des "clients" (1), la démarche d'acteurs militants (2), le recrutement au sein de la "clientèle" (3), un processus d'institutionnalisation des dispositifs (4) et de professionnalisation des acteurs issus de la "clientèle" (5).

1°) Une alliance avec le "client"

P. Lascoumes⁷⁴ fait l'histoire de la mise en place progressive, d'abord privée et associative puis avalisée par les pouvoirs publics, de ces initiatives de prévention spécialisée. Il cite un certain nombre de ces expériences dont certaines démarrent dans les années 1930, mais la plupart après la Deuxième Guerre mondiale (quelques-unes, pendant la Deuxième Guerre). En lisant la description qu'il fait de leurs modes d'intervention (Les Équipes d'Amitié, le Club des Réglisses à Montreuil, le Club des Intrépides à Nancy...), on trouve un certain nombre de principes d'action tels que la "*pénétration des bandes de jeunes, afin de modifier leur caractère anti-social tout en cherchant à faire*

⁷⁰ "Outreach" en anglais. Sur les difficultés terminologiques de cette traduction, cf. MOUGIN, 2002.

⁷¹ COPPEL, 2002.

⁷² KORE, ROPER, FREEMAN, LEWIS, GRANT, JACOB, MOUGIN, NILSON, 1999.

⁷³ DUPREZ, 1985.

⁷⁴ LASCOUMES, 1977, 113.

évoluer chaque garçon individuellement", "l'accrochage des jeunes", "l'accent mis sur la liberté des adolescents d'établir ou non une relation avec les responsables". On peut lire dans ces principes d'action : l'acceptation des pratiques spécifiques des jeunes, l'alliance avec cette population dans le respect des libertés individuelles et l'objectif de l'attention à "chacun individuellement" qui sous-tend l'action.

2°) Une démarche militante, des acteurs charismatiques et démarqués

Les acteurs de la prévention sont, à ses débuts, des bénévoles, certes, mais pas uniquement, on y trouve des éducateurs, des juges des enfants, des psychologues, un ensemble de gens tentant de répondre aux besoins ou aux problèmes des enfants déviants ou ayant de graves problèmes psychologiques et pour lesquels les réponses institutionnelles s'avéraient inadaptées. Ces acteurs, qui cherchent à exercer leur métier autrement, ont souvent marqué de leur empreinte l'histoire des dispositifs. Cependant, tout en reconnaissant le rôle de personnalités charismatiques, P. Lascoumes analyse la personnalisation de l'histoire des dispositifs de prévention qui se mettent en place, comme une nécessaire distance, qu'il convient de rendre la plus visible possible, avec les institutions du contrôle social : *"L'action de ces clubs reposant essentiellement sur une pénétration des milieux dits 'marginiaux' et sur les relations de confiance qui se nouent entre les jeunes et l'éducateur, le rattachement aux institutions répressives devait être occulté au maximum. Et pour mieux masquer ce lien, on insistera beaucoup sur le caractère privé et personnel des initiatives"*⁷⁵. La personnalisation est aussi un trait marquant dans ce que nous avons entendu de l'histoire des dispositifs de rdr aussi bien dans la bouche des décideurs que des acteurs eux-mêmes, tant vraisemblablement pour marquer la distance avec les dispositifs de soins traditionnels, que pour rendre justice à la dynamique militante qui a animé les acteurs. Mais cette distance repose aussi sur un élément essentiel de la prévention spécialisée : l'idéologie de non mandat. C'est en effet ce qui permet de se démarquer radicalement des métiers du travail social traditionnel : *"Dans les modalités traditionnelles c'est le mandat qui organise l'action des travailleurs sociaux : de l'assistante sociale à l'éducateur, ils reçoivent cas par cas un clair mandat d'une autorité de contrôle social, par exemple du juge des enfants. Par opposition, c'est sans mandat les reliant à un acteur d'autorité"*⁷⁶ que travaillent les éducateurs de prévention"⁷⁷. En ce qui nous concerne et plus globalement, au niveau du projet rdr lui-même, nous avons pu observer une très forte revendication de

⁷⁵ LASCOURMES, 1977, 116.

⁷⁶ L'arrêté de 1972 fixant les missions de l'éducation spécialisée et marquant l'institutionnalisation de celle-ci avait bien précisé ce point : l'éducation spécialisée intervient "dans le milieu naturel des jeunes sans mandat sur les individus, avec la libre adhésion des jeunes et de leurs familles et dans l'anonymat de ceux-ci".

⁷⁷ LASCOURMES, ROBERT, 1976, 19.

définition du mandat par les conseils d'administration des associations, voire par le président du conseil d'administration, cette définition en quelque sorte endogène du mandat, constituant vraisemblablement la sauvegarde de la dynamique du projet associatif.

3°) Une distance sociale réduite avec le "client"

Le recrutement d'acteurs issus du milieu que l'on cherche à pénétrer ou contrôler n'est pas un phénomène nouveau. Ainsi, l'histoire de l'assisté qui devient partenaire est une vieille histoire. Pour l'anecdote, signalons que Robert Castel mentionne qu'au Moyen Âge, les marguilliers, qui font partie du personnel laïc de l'Église, étaient, à l'origine, de simples assistés. De même, les portiers des monastères étaient "*souvent des assistés devenus serviteurs du couvent*"⁷⁸. On utilisait d'ailleurs leurs compétences de connaissance du milieu pour "*faire le tri entre les solliciteurs*" et voir ceux qui étaient effectivement incapables de travailler et qu'il convenait d'aider et les " *paresseux*", en quelque sorte définir la bonne clientèle à l'aide de critères que seuls les acteurs issus du milieu peuvent maîtriser. Dans le domaine de la prévention spécialisée, les acteurs font une constatation de même nature : la "*distance sociale entre les éducateurs et les jeunes qu'ils contactent ne doit pas être trop grande*"⁷⁹. Ici, la rhétorique n'est pas morale, il s'agit simplement de pragmatisme.

4°) Un processus d'institutionnalisation

L'histoire de l'éducation spécialisée pourrait s'analyser comme un processus d'innovation sociale abouti, débouchant sur une reconnaissance officielle avec la création en 1963 du "Comité National des clubs et équipes de prévention (CEP) contre l'inadaptation sociale de la jeunesse", la création du diplôme d'éducateur spécialisé en 1967⁸⁰ et "l'institutionnalisation [des CEP] dont la prise en charge financière par l'État a été le principal ressort" en 1972 avec la création du Conseil technique des clubs et équipes de prévention⁸¹. L'un des éléments de ce processus est sans doute la construction sociale du risque en termes collectifs vers le milieu des années 1960 : "*Le mouvement qui s'amorce (...) met au premier plan non plus des cas individuels, mais des problèmes plus globaux concernant en général ce que l'on nommera les quartiers à problèmes*"⁸². Suivront différentes étapes de reconnaissance par l'État, étapes qu'analyse ainsi D. Duprez : "*la rançon du succès de ces expériences se traduit par une reconnaissance de l'appareil d'État qui apporta des financements importants aux associations poursuivant ces objectifs. L'effet fut double : l'introduction d'une logique de professionnalisation, un contrôle de fait*

⁷⁸ CASTEL, 1995, 77.

⁷⁹ LASCOUMES, 1977, 115.

⁸⁰ BAILLEAU, 1985.

⁸¹ LASCOUMES, 1977, 127.

⁸² *Ibid.*, 119.

*par les pouvoirs publics des interventions par la procédure des agréments et la tutelle administrative. La professionnalisation de la prévention s'est assise quasi-exclusivement sur le métier d'éducateur spécialisé*⁸³.

5°) Une professionnalisation qui crée un vide ?

Dans l'histoire de l'éducation spécialisée, la professionnalisation des intervenants dont l'expérience de vie avait servi de porte d'entrée dans les dispositifs est souvent vue comme une perte de la proximité avec le terrain, créant ainsi un nouvel appel d'air pour d'autres emplois de médiation entre les institutions et leur public. Dans son analyse des "animateurs issus du terrain", D. Duprez écrit : *"Les éducateurs sont devenus des gestionnaires du social qui préfèrent au travail de rue l'animation de stages de formation (...) ces nouvelles orientations nécessitent la mise en place de relais dans les quartiers les plus exposés à des comportements déviants"*⁸⁴. Ce responsable associatif (4) constate aussi la multiplication des emplois de médiation : *"Il y a des choses qui me semblent révélatrices par exemple les éducateurs de prévention, ce qu'on appelait les éducateurs de rue. Sur une banlieue comme X, il y a 5 postes. Ils ne sont jamais à 5 parce que plus personne ne veut faire du terrain dans les banlieues comme cela. (...) Et aller dans la rue à la rencontre des gens, créer les circonstances de la rencontre qui est quand même une des bases de la prévention spécialisée, Ils ne savent pas faire et cela leur fait peur. (...) c'est aussi sur d'autres banlieues. Et à côté de cela sont apparus des tas de gens qui sont payés par les mairies, voire par des associations"*. Ainsi la professionnalisation, qui est un enjeu de taille pour les acteurs comme pour les financeurs des dispositifs, risque de créer un vide, et d'entraîner l'apparition de ce qu'on peut appeler de nouveaux "emplois tampons". Le constat de la rupture des liens entre les services de l'État et leurs clients les plus marginalisés, ou encore la nécessité d'instaurer un nouveau type de contrôle social dans des quartiers dits difficiles, a suscité la naissance de ces acteurs "tampons" dont la question de la professionnalisation revient de façon récurrente⁸⁵, et dont on a trouvé des échos dans certains de nos entretiens⁸⁶. Les mêmes questions peuvent se poser bien sûr plus récemment pour certaines mises en œuvre du dispositif "nouveaux services – emplois jeunes".

Ayant ainsi, pour situer notre démarche, rappelé quelques bribes de l'histoire de la rdr et proposé quelques éléments de contexte de notre objet, nous décrivons brièvement notre problématique de départ et notre méthode de recueil de données.

⁸³ DUPREZ, 1985, 266.

⁸⁴ DUPREZ, 1985.

⁸⁵ DUPREZ, 1987.

⁸⁶ *"Finalement on met en place des intermédiaires moins chers là où les institutionnels ne savent plus faire..."* (responsable associatif 3).

III - PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODES

Pourquoi se poser la question de savoir si les acteurs de première ligne en réduction des risques définissent un nouvel espace professionnel? Une conjonction de facteurs, les uns contextuels, les autres plus spécifiques conduisent à cette interrogation.

Le contexte en 2001 est le suivant :

- le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 1999-2001, de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) atteste d'une volonté politique d'intégration des pratiques de la rdr et de structuration du milieu des acteurs de la réduction des risques : *"donner un cadre à la politique de réduction des risques. Élaborer un cahier des charges qui permettra de l'intégrer aussi bien dans le dispositif spécialisé de soins que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé ; définir le rôle et le statut des ex-usagers de drogue travaillant dans les structures de réduction des risques"*⁸⁷.

- la MILDT et la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) se rapprochent sur la mise en œuvre de la politique de la réduction des risques. Pour preuve, la circulaire conjointe signée par la DIV et la MILDT *"relative à la prise en compte de la lutte contre la drogue et prévention des dépendances dans le cadre de la politique de la ville"* du 9 janvier 2001. Cette circulaire prend acte du développement souhaitable du dispositif.

- la réflexion actuelle sur les nouveaux métiers de la ville, *"métiers du développement social, nouveaux métiers et en particulier métiers de la médiation, et métiers plus traditionnels contribuant à la territorialisation de l'action publique"*⁸⁸.

Ces éléments suggèrent qu'il y a d'une part, pour les acteurs, un contexte d'opportunités et des enjeux de reconnaissance possible et d'autre part, un enjeu aussi pour les politiques qui souhaitent faire évoluer un ensemble de dispositifs qui ont fait la preuve de leur efficacité, mais qui s'inscrivent toujours dans un contexte éparé et expérimental.

Plus spécifiquement en ce qui nous concerne :

- le fait de voir un travail évoluer en tension par rapport aux normes pénales, sanitaires et sociales pose la question de l'identité professionnelle de ces acteurs ;

- l'émergence de signes chez les acteurs eux-mêmes ou leurs porte-parole tels que l'élaboration d'un *Cahier des charges du travail de première ligne* et d'un autre, sur les *Interventions liées aux usages de produits psycho-actifs en milieux et lieux festifs*, par les membres de l'Association Française

⁸⁷ MILDT, 1999, 72.

⁸⁸ BREVAN, PICARD, 2000.

de réduction des risques (AFR) suggère un processus de formalisation, une codification et une capitalisation des savoirs dans le champ de la rdr ;

- ensuite, il y a eu le sentiment plus ou moins diffus, issu de nos lectures dans le champ, de revendication d'une certaine spécificité par ces acteurs et une forme de mise à distance des professions existantes (*"je ne me suis pas engagé dans cette voie pour qu'on me dise que la seule issue c'est d'entrer dans une école d'éducs"*⁸⁹).

Pour toutes ces raisons, nous nous sommes posées la question de savoir qui sont ces acteurs vraisemblablement très hétérogènes et finalement peu connus de la rdr, quelles sont leurs tâches et leurs fonctions, dans quelle mesure ils contribuent à construire un nouvel espace professionnel, voire un nouveau groupe professionnel. Ces acteurs ont déjà fait l'objet de recherches de type ethnographique, notamment par E. Jacob qui a étudié quatre structures bas seuils à Paris et en région parisienne. Cette recherche conclut que des compétences nouvelles, voire même un nouveau référentiel professionnel⁹⁰ se construisent dans ces structures. Cependant, l'angle d'approche choisi jusqu'à présent, privilégie principalement l'observation ethnographique de la construction d'une relation avec l'utilisateur. Il nous semble que les outils de la sociologie des professions sont nécessaires aussi pour mieux observer les potentialités d'élaboration sinon d'une profession en tant que telle, du moins d'un espace professionnel nouveau, notamment parce que ces outils en proposant des catégories d'analyse transversales à toutes les professions nous permettent d'introduire une distance féconde dans notre travail d'observation. En ce sens, il est intéressant d'étudier, outre la construction de ces savoir-faire, les modalités de leur transmission, transmission nécessaire à la construction et à la pérennité de toute profession. Ainsi, dans ce projet de recherche, nous posons deux grandes questions transversales qui sont celle de l'existence d'une culture et d'une identité communes entre des acteurs d'origine diverse d'une part, et celle de l'apparition d'un nouvel espace professionnel d'autre part.

Mais avant de présenter ces hypothèses de recherche, il nous semble nécessaire de définir les termes principaux de notre problématique. Considérant l'objet même de cette recherche, nos références sociologiques sont issues du champ de la sociologie des professions. Il convient donc de préciser comment nous avons utilisé les termes de compétence, qualification, profession,

⁸⁹ LALLEMAND, 2001.

⁹⁰ JACOB, 1997.

métier, qui sont autant de termes dont l'usage et la signification ont beaucoup évolué et qui sont encore aujourd'hui l'objet de débats entre les sociologues :

- *Compétence et qualification* :

Les sociologues ne donnent pas tous une même définition des termes de compétence et de qualification⁹¹. Pour notre part, et pour commencer, nous rapporterons simplement la notion de compétence aux pratiques et aux *savoir-faire* relevant tout autant de savoirs acquis et validés par un diplôme, que de savoirs appris sur le tas ou résultant de l'expérience (professionnelle ou de vie), sachant que l'étude de la compétence des acteurs étudiés et de la définition qu'ils en donnent eux-mêmes, motive notre travail de recherche. En particulier, nous nous interrogerons sur la capacité de la notion de "compétence" à servir, d'une part, aux moins diplômés pour se construire une identité professionnelle et revendiquer une reconnaissance sociale, et d'autre part, à fédérer l'hétérogénéité des acteurs.

- *Métier et profession* :

Là encore il n'y a pas de définition unanimement acceptée. Mais notre démarche est avant tout pragmatique et pour notre part, métier et profession se réfèrent à une reconnaissance des savoir-faire et compétences, par les autres (les acteurs de la réduction des risques eux-mêmes et leurs partenaires). En ce sens, nous verrons d'ailleurs comment les termes sont utilisés. Cette reconnaissance peut être, selon les étapes du processus de professionnalisation, plus ou moins circonstancielle, plus ou moins formalisée. Il faut noter que si le terme de "profession" renvoie souvent à l'idée d'une organisation, dont l'archétype est la profession libérale, tous les mots qui se déclinent à partir de celui de "profession" ont un sens parfois plus flou et large. Ainsi le processus de "professionnalisation" ne renvoie pas nécessairement à l'acquisition d'une culture propre à une profession. Il peut s'agir, dans le sens le plus large, de l'acquisition d'habitudes propres au monde du travail, ou plus spécifiquement à certains segments de celui-ci, ou encore à une profession particulière. Notre démarche englobe toutes ces possibilités.

1°) Problématique

Nous faisons l'hypothèse que "quelque chose" unit les acteurs de première ligne, de façon significative, quelque chose qui est bâti sur une expérience et des pratiques communes constituant une ébauche de savoirs professionnels, mais aussi sur des représentations relativement homogènes de l'activité. Aussi notre questionnement porte-t-il sur : (A) le processus de construction d'une culture commune de la rdr fondée sur l'élaboration de savoir-faire, la

⁹¹ DUBAR, 1996.

constitution de pratiques communes et sur une conception des pratiques partagées par les acteurs et (B) un processus de professionnalisation des acteurs, et plus subrepticement de segmentation professionnelle⁹² au sein des "professions établies" dont sont issus la majorité des acteurs de la rdr, processus reposant sur la construction de compétences spécifiques, la recherche de la reconnaissance de cette spécificité par sa validation officielle, et la construction de mécanismes de transmission de ces compétences, dans le but d'assurer un monopole de services dans le champ. Bien entendu, ces deux grandes questions se renvoient l'une à l'autre, et interagissent.

A) Compétences, identité et culture communes ?

Nous posons le travail de première ligne en tant que relation professionnelle que nous définissons comme une construction sociale négociée entre les professionnels et leurs clients, construction liée aux statuts sociaux des acteurs et à leurs trajectoires mais aussi liée aux contextes où se situe cette relation. Quels sont les caractéristiques et les fondements de cette relation professionnelle, d'un point de vue sociologique ? Pour répondre à cette question, à titre d'hypothèses, on peut distinguer trois dimensions dans la relation professionnelle du travail de première ligne : i) la dimension technique, ii) la dimension symbolique ou sociale et, iii) la dimension économique⁹³.

i) **La dimension technique** a trait à des compétences techniques issues des champs sanitaire, social et juridique : la manipulation de produits dangereux sous prescription médicale (méthadone, subutex, soins infirmiers et médicaux), les soins primaires d'urgence, la distribution de seringues et de préservatifs, la connaissance des risques sanitaires selon les produits et les usages, la capacité d'établir un diagnostic de l'état de santé, la connaissance des ressources locales pour les diverses orientations de l'utilisateur ; la connaissance de la prise en charge des troubles psychiatriques et des ressources institutionnelles. Mais aussi la connaissance de la législation et du dispositif ainsi que des ressources locales, et la capacité d'analyse des situations et des réponses en urgence, la dispense d'information et de conseils de prévention ou d'orientation sanitaire, sociale et juridique, enfin la capacité à construire et à mobiliser un partenariat professionnel (avec les médecins, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les politiques, les acteurs associatifs locaux).

ii) **La dimension symbolique ou sociale** comprend un ensemble de compétences relationnelles : la capacité à entrer et à maintenir une relation avec l'utilisateur, à susciter sa demande

⁹² BUCHER, STRAUSS, 1961, *in* DUBAR, 1998, 106.

⁹³ Plusieurs sociologues ont utilisé ce modèle analytique, ou un modèle proche, pour étudier la structure d'une relation professionnelle.

et y répondre, à susciter un changement comportemental, la construction de la confiance avec l'utilisateur (travail d'écoute et de soutien), de la neutralité, de l'absence de jugements moraux, de la distance et de l'empathie envers l'utilisateur, mais aussi la connaissance des publics, des usages, des codes et des langages, des prises de risques, du contexte social et des représentations, la connaissance de la vie de quartier et de la culture de rue, et enfin la capacité à faire de la médiation avec l'environnement de l'utilisateur.

iii) **La dimension économique.** Cette dimension est ici un peu particulière quand on sait que le travail dont il est question repose sur cette règle : *l'accès aux services et actions doit être libre, anonyme et gratuit*⁹⁴ ? Nous verrons cependant que la dimension économique resurgit à plusieurs moments, lorsqu'il est question par exemple d'évaluation ou de salaires, ou même du regard des usagers sur la gestion économique d'une association.

Dans cette recherche, nous tâcherons de voir s'il existe ou non une culture partagée par les acteurs de première ligne. Ainsi, comment s'élaborent leurs savoir-faire, leurs jugements normatifs, leurs compétences ? Comment sont interprétées, modélisées les situations auxquelles il faut répondre ? Comment se sont-ils construits leurs compétences, de quelles compétences s'agit-il ? Il faut aussi se poser la question de savoir quel est le degré de formalisation de ces compétences, nécessaire à l'échange avec les pairs. Y a-t-il un processus collectif de production de connaissances, par l'addition, l'échange, l'apprentissage de la mise en forme, *i.e.* y a-t-il production d'une compétence professionnelle ? Ou y a-t-il seulement valorisation personnelle des expériences. Enfin, ces compétences variées, croisées et partagées sont-elles porteuses d'une identité commune ? Peut-on parler de sentiment d'appartenance à un groupe, notamment à un groupe professionnel ? Qu'est-ce qui relie en effet ces acteurs hétérogènes de la prévention secondaire ? Venant d'horizons professionnels variés, quels sont les processus et lieux de socialisation professionnelle qui permettent de construire éventuellement une nouvelle culture professionnelle et donc un espace professionnel ?

B) *Est-on en face d'un processus de professionnalisation ?*

Peut-on parler de processus de professionnalisation des acteurs de première ligne, dans le sens spécifique où ces acteurs agissent en vue d'obtenir une reconnaissance et une légitimation sociale de leurs compétences ainsi qu'une forme de monopole de compétences dans un champ

⁹⁴ COPPEL, 2001, 9.

donné⁹⁵ ? Si tel est le cas, par quelles formes et modes, ces processus de professionnalisation s'expriment-ils ? Quelles sont les instances et les lieux de socialisation et de sociabilité (formelles ou informelles) qui existent de façon dynamique (formation commune, réseaux de pairs, appartenances à des groupes ayant un lien avec leur activité, création de revues ou de journaux professionnels). Les acteurs se voient-ils comme porteurs d'un dispositif appartenant à un cadre institutionnel plus large vers lequel ils pourraient éventuellement évoluer ? Comment voient-ils l'avenir ? Au delà des personnes, comment se constitue un capital de connaissances validées, mobilisables mais aussi transmissibles. Enfin, quels types d'acteurs de première ligne sont les moteurs de ce processus de professionnalisation ? Les acteurs diplômés d'un métier (médecins, infirmiers, éducateurs etc.) ou les acteurs non diplômés (ex-usagers de drogues, jeunes ayant des compétences culturelles mais sans formation spécifique...) ?

Ces questions sont regroupées autour de trois axes constitutifs de ce qui pourrait faire partie d'un processus de professionnalisation⁹⁶ : la spécificité des tâches, le contrôle interne et la gestion des rapports avec l'extérieur.

i) La spécificité des tâches

Existe-t-il une spécificité des tâches, des services proposés et donc des compétences de ces acteurs de première ligne, à l'articulation du sanitaire et du social dans un contexte social donné ? En quoi leur professionnalité se spécifie-t-elle et se différencie-t-elle de celle du travail social et du travail sanitaire ? Cette spécificité des tâches s'adresse-t-elle à des clients particuliers ? Dès lors, par quels clients, les acteurs de première ligne se définissent-ils ? Comment tiennent-ils compte des usagers d'alcool dont les problèmes entrent aujourd'hui dans la catégorisation légale de la lutte contre les toxicomanies ? Les acteurs de première ligne doivent-ils effectuer une mission clairement définie ? Que recouvre leur mandat ?

ii) Le contrôle interne

La formalisation des compétences aboutit-elle à une normalisation des pratiques qui permet de poser des principes de travail et des règles déontologiques ? Sur quel cadre réglementaire et méthodologique repose leur travail ? Qui contrôle le mode de recrutement des acteurs de première ligne ? Sur quelle base ? Ensuite, quelle forme prend leur référent hiérarchique ? Quel organe de contrôle sanctionne les erreurs de travail ? Quels sont les modes de sanctions professionnelles prévues, les modes d'évaluation et de contrôle du travail ? Autrement dit, quel

⁹⁵ HUGHES, 1956.

⁹⁶ Nous nous inspirons ici un peu librement de l'analyse de MONJARDET (1987) de la profession policière.

est le degré d'autonomie et de responsabilité professionnelle des acteurs de première ligne, quelles sont leurs tutelles de responsabilité professionnelle ?

iii) **La gestion des rapports avec l'extérieur**

Il s'agit ici de faire reconnaître les définitions de frontières dans le champ d'action et de gérer les collaborations éventuelles avec les partenaires (les autres professionnels et les élus), mais aussi de gérer les relations avec la population locale (résidents, commerçants, autres associations), notamment par des réunions de quartier. On peut supposer qu'une bonne gestion des relations extérieures fait partie du processus de reconnaissance sociale de la profession. Enfin, cette gestion repose éventuellement sur des supports tels que la constitution d'associations professionnelles, la création de revues, l'organisation de colloques, de formations professionnelles.

Finalement, déterminer clairement ce que font et ce que sont les acteurs de première ligne en rdr, permettra de voir ce que recouvre la *licence* et le *mandat*⁹⁷ des acteurs et de voir quelle forme d'espace professionnel ils ont éventuellement contribué à créer, notamment au regard des normes sanitaire, sociale et pénale qui structurent la réponse sociale à l'usage de drogues.

2°) Méthodes

Nos méthodes de recueil des informations reposent sur une recherche documentaire (A), une enquête qualitative (B) et une enquête quantitative (C).

A) Une recherche documentaire

Nous avons commencé la recherche par une revue et une analyse de la littérature sur le sujet comprenant des ouvrages scientifiques (sociologiques, épidémiologiques...), puis nous avons poursuivi en étudiant des documents de terrain (bilans d'activités des associations, règlements intérieurs des associations, projets d'équipe...). Nous avons aussi été attentives aux supports professionnels tels que les revues, colloques et documents professionnels.

⁹⁷ HUGHES, 1996, 99-106 ou 1956, 78-87.

B) *Le recueil de données qualitatives*

Le recueil de données qualitatives s'appuie sur des entretiens exploratoires (A), des observations (B), des entretiens semi-directifs (C) et une enquête "off" (D).

a) Les entretiens exploratoires

Nous avons commencé l'enquête par 9 entretiens exploratoires avec des acteurs "référents" du champ d'étude, tant du point de vue de la recherche que du point de vue institutionnel, militant, associatif et du point de vue de la formation. Nous avons contacté ces acteurs par l'envoi d'un courrier présentant l'objet de la recherche et sollicitant un entretien dont les modalités ont été ensuite fixées par téléphone⁹⁸. Il s'agit d'une sociologue (juillet 2001), des représentants de la MILDT (4 avril 2002) et de la division SIDA-Toxicomanie de la DGS (25 avril 2002), de militants associatifs tels que le président de l'AFR (2 avril 2002) le président d'ASUD (3 mai 2002), de la chargée de mission formation à la DGS (13 mai 2002), d'un acteur du champ de l'éducation populaire (14 mai 2002) et de deux directeurs d'associations de réduction des risques à Paris et en province (17 juin 2002, 15 mai 2002).

Le but de ces entretiens était triple :

i) interroger ce groupe de "personnes référentes" ou "ressources" sur la question du métier d'acteur de première ligne, de savoirs spécifiques, de capitalisation et de transmission des savoirs et surtout de leur rôle à eux dans un éventuel processus de construction d'une catégorie professionnelle ;

ii) solliciter leur avis d'une part sur le choix des terrains d'observation et d'autre part sur les personnes à rencontrer. À la fin de ces entretiens, les mêmes noms revenant, nous avons à peu près fait le tour des personnes "clés" du champ. On notera que les unes et les autres se sont, si l'on peut dire, "entre recommandées" ;

iii) tester notre questionnaire quantitatif. Les remarques et critiques de ces acteurs référents nous ont ainsi permis d'affiner les questions quantitatives.

⁹⁸ Cf. annexe.

b) Les observations

Au delà d'une tentative de diversification géographique, nous avons choisi nos sites d'observation pour pouvoir approcher la diversité des pratiques et des lieux de travail, ainsi que la variété de la composition des équipes. Au final, deux sites géographiques, deux structures et trois dispositifs ou modes de travail ont été choisis.

Le premier site d'observation se situe en banlieue parisienne. Cette observation a eu lieu en juillet, septembre et début octobre 2002, à raison de deux journées par semaine environ pour chaque observatrice. Il s'agit d'une association de réduction des risques, créée en 1993, qui travaille sur mandat conjoint de la DDASS et du Conseil Général. Elle regroupe une dizaine de salariés aux origines de métier variées (éducateur, assistant social, psychologue, médecin, commercial, sans origine précise), issus de groupes générationnels différents et d'appartenances culturelles différentes. L'équipe compte 3 femmes et 7 hommes. Cette association présente l'intérêt de gérer une boutique, située près du centre ville et de la gare, un grand bus, style RATP, et un petit bus qui stationnent sur différents sites à des heures régulières dans quatre villes voisines.

Dans un premier temps, nous avons décidé de nous partager le travail d'observation : la boutique pour l'une, les bus pour l'autre. Mais la curiosité et le souci de parfaire nos observations nous ont amenées à doubler en quelque sorte ces observations. Nous en avons tiré des avantages. Un observateur extérieur peut facilement se sentir seul et parfois déstabilisé face au groupe des observés qui développent incidemment des stratégies de protection ou des situations de tests. En effet, si dans la boutique, la présence d'une personne nouvelle, une femme de surcroît dans un univers majoritairement masculin, provoque un dérivatif à l'ennui ou à la léthargie parfois ambiants, on s'est demandées parfois qui était l'observé ? Les acteurs de première ligne, les usagers de drogues ou l'observatrice ? On notera donc le confort d'être deux observatrices formant ainsi un groupe virtuel face à l'autre groupe. Cependant, il faut préciser que nous n'avons jamais été deux au même moment sur le terrain, ce qui aurait desservi notre intégration parmi les observés. Par ailleurs, chacune peut percevoir les choses autrement, compléter le regard de l'autre, recueillir ou comprendre des discours différents. À deux, on peut croiser nos représentations des acteurs. Fatalement, on bénéficie d'un angle de vue et d'entendement plus grand et plus riche.

Notre présence dans le grand bus ne semble pas avoir suscité de réactions manifestes de la part des usagers, tout comme elle n'a pas sollicité un travail de composition important de notre part. Les toxicomanes s'y attardant rarement, ils se situent moins dans une attitude de défiance ou une stratégie de défense de leur espace. De plus, étant peu nombreux dans un espace réduit, le

face à face oblige presque au contact plus direct, avec moins de louvoiements que dans la boutique. La configuration élémentaire du lieu mènerait les personnes à l'essentiel. En revanche, très peu d'usagers pénètrent dans le petit bus qui sert en fait plus de véhicule transportant l'équipe dans un lieu, l'équipe sortant sur le trottoir ou investissant l'espace alentour (notamment sur le site de l'université), que de mini local recevant les usagers, même ponctuellement. Cependant, nous précisons que les observations du travail des acteurs de première ligne rdr, à partir des bus, ont coïncidé avec une période de réorganisation des stationnements des bus et d'investigation de nouveaux sites, mais aussi, pour moitié, au temps estival des vacances. Ce qui peut expliquer le peu de fréquentation à certaines heures sur certains des sites. Cependant, nous avons considéré qu'il s'agissait d'un temps de travail comparable à un autre, prenant place dans le travail global de première ligne.

Enfin, lorsque les usagers nous demandaient qui nous étions (une nouvelle intervenante ?), nous déclinions notre identité de sociologue faisant une enquête sur le travail des acteurs de première ligne, pour la mission recherche du ministère des Affaires sanitaires et sociales.

Les entretiens avec les acteurs et les usagers ont eu lieu en octobre et novembre.

Le second terrain d'observation se situe à Paris, nous l'avons investi à partir de janvier 2003. Il s'agit d'un dispositif mobile de distribution de la méthadone. Le seul dispositif de ce genre à Paris étant celui qui a été mis en place par Médecins du Monde (MdM), en 1998, l'anonymat de ce troisième terrain ne peut être préservé en tant que tel. Les objectifs de ce programme sont énoncés de la façon suivante dans le rapport d'activité de l'équipe :

- "rencontrer une population d'usagers n'ayant peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge existantes ou étant en rupture de soins ;
- améliorer l'accès à la substitution par la méthadone afin de réduire les risques liés aux pratiques toxicomaniaques et notamment à l'injection ; l'objectif n'est ni l'abstinence, ni la maintenance ;
- améliorer l'accès aux filières de soins et aux structures de prise en charge sociale. Le bus méthadone défini au départ comme une structure 'bas seuil' ou de faible niveau d'exigence s'inscrit dans le champ de l'intervention de santé publique".

Nous avons eu l'occasion de côtoyer dans l'équipe, une petite quinzaine de personnes si l'on compte les stagiaires de passage, qui semblent assez nombreux. Le rapport d'activité fait état d'un peu plus de dix équivalents temps plein pour l'équipe, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et accueillants.

L'observation s'est déroulée à bord du bus de distribution qui stationne de 14 h 30 à 19 h 30 à trois emplacements différents dans le nord et l'est de Paris, et au lieu fixe de l'association où sont donnés les entretiens d'inclusion des usagers de drogues dans le programme de distribution et où se tiennent les réunions d'équipe. Nous nous sommes partagées dix après-midi d'observation sur le bus, tout au long du mois de janvier, en alternant dans la mesure du possible les jours de la semaine, parce que cela correspond chaque fois à des compositions de l'équipe différentes (une fois les lundi, mardi, mercredi et jeudi, trois fois le vendredi, deux fois le samedi et une fois le dimanche⁹⁹) ; nous avons complété cette observation par quatre après-midi sur le lieu fixe et trois participations à des réunions d'équipe. Cette réunion est l'occasion de parler des entretiens d'inclusion et de faire une revue clinique des patients. C'est un moment important de confrontation des pratiques et de construction de l'équipe. Ce peut être aussi un moment d'échange avec les membres de l'équipe PES¹⁰⁰.

Les entretiens se sont ensuite succédés jusque vers la mi-mars, après les observations.

c) Les entretiens semi-directifs

Nous avons mené trente-deux entretiens avec cinq groupes d'acteurs pour lesquels nous avons construit à chaque fois un guide d'entretien spécifique¹⁰¹. La répartition des entretiens sur chacun des terrains d'observation s'est faite de la façon suivante : les 2/3 des entretiens dans le cadre du premier terrain qui permet d'accéder à deux modes d'approches des usagers de drogues, et 1/3 dans le cadre du second terrain d'observation qui met en œuvre un troisième mode d'approche.

Au total, nous avons effectué des entretiens avec les acteurs suivants :

- des financeurs et décideurs de la politique de réduction des risques : les chargés de mission SIDA-toxicomanie de la DDASS et du Conseil Général, le président du conseil d'administration de l'une des associations enquêtées, également maire-adjoint à la santé et un responsable des ressources humaines de l'autre association.

- Les acteurs de première ligne qui mettent en œuvre les actions de cette politique (17 entretiens). Au cours de la phase d'observation, nous avons très vite basculé de l'emploi du vouvoiement à celui du tutoiement qui est majoritairement répandu dans le milieu associatif.

⁹⁹ Il y avait moins de monde dans l'équipe du bus en fin de semaine, ce qui a facilité notre présence à ce moment-là.

¹⁰⁰ Certains salariés travaillent sur les deux programmes.

¹⁰¹ Cf. annexes.

Aussi, nos entretiens avec les acteurs de première ligne se sont-ils (sauf exception) tenus sur ce mode.

- Trois clients toxicomanes, destinataires des services de réduction des risques. Nous pensions sélectionner les usagers de drogues sur des critères déterminés : un usager fréquentant exclusivement la boutique, un autre fréquentant exclusivement les bus et un autre les deux dispositifs, une femme et deux hommes de façon à refléter la proportion par sexe de la fréquentation des dispositifs. Néanmoins, la prise de rendez-vous avec un usager de drogue ne se fait pas de la même façon qu'avec une personne qui travaille dans un lieu fixe. Finalement, nous n'avons pas pu interviewer une femme. Nous avons rencontré deux difficultés dans ce type d'entretien : d'abord nous avons interviewé les usagers sur place et non pas dans un endroit neutre, ensuite, quelle que soit la posture que nous nous donnions, nous étions vues comme "du côté" des intervenants. Pour autant, cela ne signifie que la relation ne se soit pas instaurée. En réalité, les conversations informelles qui se sont déroulées dans les bus et surtout à la boutique se sont avérées plus riches que ces entretiens un peu convenus. Nous avons soumis à la critique des acteurs de première ligne le guide d'entretien destiné aux usagers de drogues. Mais les entretiens avec les usagers de drogues ont peu suivi le cours du guide d'entretien. En fait, ils ont été "libres" et menés par l'usager. L'interviewer avait en face de lui une personne habituée à se raconter et au travail d'analyse de soi, dans une démarche de remémoration des événements biographiques. Le discours se partageait entre "raconter sa vie" et parler des produits consommés, de leur dosage et de leur association avec d'autres produits. Cette facilité à parler de soi peut s'expliquer par le fait que les usagers qui ont accepté cet entretien sont engagés dans un processus de soin psychologique parallèlement au suivi d'un traitement de substitution.

- Des partenaires professionnels du champ sanitaire et social : un directeur de CSST, un médecin responsable du service des maladies infectieuses dans un hôpital appartenant à un réseau ville-hôpital et membre de l'équipe de liaison ECIMUD, un médecin généraliste travaillant dans un centre municipal de santé, un médecin exerçant dans un CSST, une infirmière travaillant dans une ECIMUD et une assistante sociale également rattachée à une ECIMUD. Nous avons prévu de nous entretenir avec un médecin libéral membre d'un réseau ville-hôpital, mais après plusieurs tentatives et rendez-vous annulés, il a fallu abandonner.

À l'origine, nous n'avions pas inclus les partenaires professionnels dans les personnes à rencontrer, mais les élus locaux. Cependant, l'enquête entamée, il nous a semblé que les élus seraient trop éloignés de notre questionnement (sur le travail même de rdr en première ligne) pour nous fournir des informations suffisamment exploitables, à l'inverse des partenaires

professionnels. Pour la même raison, nous avons laissé de côté les interviews avec des partenaires issus du champ pénal (commissaire de police, procureur chargé des affaires de stupéfiants). En outre, il nous fallait faire des choix compte tenu des contraintes de temps d'enquête.

Nous avons essayé de composer un panel d'acteurs issus de diverses professions mais travaillant tous dans le champ de la prise en charge des toxicomanes, que ce soit dans le soin, dans la réduction des risques, ou dans le social. Il manque à cette composition, un pharmacien et un dentiste appartenant à un réseau ville-hôpital. Nous pensons cependant bénéficier d'un panel assez complet d'acteurs, nous fournissant des angles de vue professionnels sur le travail de première ligne dans la rdr liés à la toxicomanie, ce qui répond à notre approche interactionniste et compréhensive.

Nos conditions d'observation ont été favorables, l'accueil et la collaboration des équipes très bonnes. Nous avons bénéficié d'un accueil ouvert, les acteurs étant heureux de parler de leur travail et de leur parcours. L'intérêt porté à la recherche, ou quelquefois l'inquiétude manifestée, se sont exprimés librement : les uns voyant dans la recherche une sorte d'audit, les autres une occasion de faire passer leur discours ; certains se sont réjouis qu'une telle recherche contribue à la visibilité de leur travail dans le champ scientifique. Dans un cas, le directeur a soutenu notre intégration dans son équipe, disant lors de notre première rencontre avec celle-ci, que les recherches portant sur le travail de réduction des risques liés à la toxicomanie participaient du processus de valorisation et de reconnaissance de cette activité¹⁰². Par ailleurs, l'observation dans son association semblait ressentie comme apportant une valeur ajoutée à l'association et semble avoir provoqué une forme d'émulation du travail des intervenants. Nous nous sommes d'ailleurs demandées si notre présence ne servait pas aussi des fins indirectes de management.

Au début de chaque période d'observation, nous sommes intervenues lors d'une réunion hebdomadaire, pour nous présenter à l'équipe ainsi que notre recherche (problématique, méthodologie, commanditaire) et dans un cas, nous sommes à nouveau intervenues à la fin des observations, pour rappeler l'objet de notre recherche, exposer quelques résultats quantitatifs et préparer la phase des entretiens en expliquant leur passation et les modalités de leur exploitation. Les acteurs étaient en effet extrêmement méfiants par rapport à l'utilisation des observations et des entretiens que nous allions faire, notamment au regard de l'anonymat des discours. Cette méfiance s'explique par une expérience d'audit qui s'est révélée douloureuse humainement pour l'équipe, l'anonymat des personnes n'ayant pas toujours été respecté. Afin de rassurer l'équipe,

¹⁰² D'ailleurs, et dans le même sens, il rédige lui-même dans le cadre d'un travail universitaire un mémoire sur la question de la plus-value qu'apportent les personnes de proximité aux actions de réduction des risques dans les missions menées en milieu festif.

nous nous sommes engagées, au delà du respect de l'anonymat, allant de soi, à remettre à chacun des interviewés copie de la retranscription de son entretien.

d) Une enquête "off"

Chaque fois que l'occasion s'en présentait, lors de déplacements effectués par ailleurs, nous avons visité des dispositifs de prévention primaire et secondaire en région parisienne et en province. Nous avons effectué des entretiens pour beaucoup informels et certains enregistrés. Cette petite enquête périphérique par rapport à notre questionnement nous a permis d'une part, de mieux cerner ce que n'est pas le travail de première ligne, à la manière d'un négatif photographique, et d'autre part, de constater la très grande multiplicité des mises en œuvre de travail de réduction des risques. Par exemple, dans une autre grande association de rdr gérant à la fois un CSST, une boutique et un bus, la boutique était peu fréquentée à l'inverse du bus dont la fonction, sur le plan relationnel, se rapprochait alors d'une boutique. Néanmoins dans ce cas, la boutique étant située un étage en dessous du CSST, on peut faire l'hypothèse que la trop grande proximité des deux lieux brouillait leur rôle respectif, le sens et le but des actions (soin et prévention secondaire). Certains de nos entretiens semblent vérifier cette hypothèse.

C) *Le recueil de données quantitatives*

Le recueil de données quantitatives nous semblait pertinent à deux égards. Il s'agissait classiquement d'obtenir quelques données de cadrage sur les acteurs de première ligne en rdr. C'était ainsi une tentative de construction d'indicateurs dotés d'une validité externe, c'est-à-dire susceptibles de généralisation. Mais la démarche quantitative permet d'abord de réfléchir à la définition et à la construction des catégories. C'est une démarche d'objectivation qui en retour soulève beaucoup de questions auxquelles seule l'approche qualitative va permettre d'apporter quelques réponses.

En pratique, la première question et peut-être la plus révélatrice a été : à qui envoyer les questionnaires ? Les associations n'étiquettent pas toujours clairement leurs activités. Certaines de ces activités rdr sont gérées de façon indépendante, d'autres sont rattachées à un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou à une grosse association qui gère plusieurs structures. Dans certains cas, le même personnel est affecté pour une partie de son temps au CSST et, pour une autre, à un programme d'échanges de seringues. Certaines structures disparaissent, d'autres

apparaissent. Dans un domaine fait d'histoires individuelles et d'organisations *ad hoc* issues des contextes locaux, politiques, associatifs, nous avons eu du mal à définir une unité de compte. Enfin, ces personnes n'ont pas de nom précis. L'appellation des acteurs effectuant un travail de prévention des risques sanitaires et sociaux auprès des toxicomanes les plus marginalisés n'est pas stabilisée. Les appellations varient souvent d'une association à l'autre. On observe aussi une diversité des statuts professionnels et sociaux des acteurs de première ligne. Certains sont diplômés du sanitaire et du social, d'autres sont non-diplômés d'un métier, mais possèdent des compétences nécessaires à ce travail (expérience du monde de la drogue et de ses usages, connaissance de la culture du quartier ou de la rue). Ainsi on les appelle quelquefois intervenants en toxicomanie, parfois acteurs de prévention, médiateurs de santé, animateurs de prévention, accueillants, l'appellation pouvant aussi être liée au dispositif d'emploi mobilisé pour recruter l'acteur (adulte-relais) ; ils sont aussi souvent désignés par leurs professions : le médecin, le "psy", l'AS (assistant social)... Cette difficulté tient évidemment à la construction *a priori* de l'objet de recherche que suppose l'approche quantitative. Cette construction *a priori* a rencontré des résistances chez nos interlocuteurs, montrant si nécessaire l'absence de définition institutionnelle de notre unité de compte.

Au final, si les termes d'"acteurs de première ligne en réduction des risques" semblaient en première approximation, sinon la plus courte du moins la plus précise de ces appellations, en tout cas ce n'était pas, loin s'en faut, une appellation homologuée.

Pour constituer la liste des associations enquêtées, nous avons pris le parti de nous fonder sur des sources institutionnelles : d'une part, la DGS, et d'autre part, pour actualiser nos données, les DDASS, notre hypothèse étant que ces sources nous fourniraient une liste des structures dédiées au travail de première ligne en réduction des risques, à partir d'un critère peut-être biaisé mais en tout cas cohérent : que la structure soit répertoriée en tant que telle par les responsables publics de la mise en œuvre de la politique sanitaire.

La Direction Générale de la Santé a édité en 2001 un "*Annuaire des structures de prise en charge des usagers de drogues*" qui liste en deux chapitres différents les "*boutiques, dispensaires de vie, lieux de contact pour les toxicomanes les plus marginalisés*" et les "*programmes d'échange de seringues*", dont il est d'ailleurs précisé que la liste n'est pas exhaustive. Cet annuaire donne la définition suivante de la boutique : "*Il s'agit de lieux de prévention – accès aux seringues, messages de réduction des risques et de (re)création des liens, des lieux de pause et de meilleure santé. (...) Ils accueillent les toxicomanes non sevrés pour les écouter, les informer notamment sur les risques infectieux, et tenter d'ouvrir un dialogue qui pourrait être l'amorce d'une démarche de soin*". Le PES, quant à lui, est défini ainsi : "*il s'agit d'unités mobiles, de lieux fixes, ou*

d'équipes de rue, animées par des agents de prévention, des éducateurs, des infirmiers et/ou des médecins proposant du matériel stérile, informant, écoutant et orientant les usagers".

Notre deuxième source a été constituée par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale d'Île-de-France. Nous avons envoyé à chacune de ces DDASS une lettre présentant succinctement la recherche et leur avons demandé de nous communiquer la liste des structures travaillant en première ligne dans la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans leur département¹⁰³. Au terme d'un mois après le lancement du courrier de demandes d'informations sur les associations subventionnées, aux DDASS d'Île-de-France, nous avons obtenu toutes les réponses. Nous espérons ainsi avoir mis à jour la source DGS.

Nous avons ensuite vérifié que les adresses publiées par l'association ASUD dans son journal n'apportaient rien de nouveau à la liste que nous avons établie. En outre, nos interlocuteurs nous ayant mentionné explicitement l'association AIDES pour trois départements, nous avons décidé d'envoyer systématiquement le questionnaire aux structures AIDES des 8 départements d'Île-de-France, cette association de lutte contre le SIDA s'étant montrée historiquement particulièrement active dans ce champ.

En ce qui concerne les CSST, sauf lorsqu'ils géraient expressément une structure de réduction des risques, ils n'ont pas été retenus en tant que tels ; ils auraient pu l'être, la substitution à la méthadone étant un aspect important de la réduction des risques, mais nous avons aussi le critère "bas seuil" ou "acteur de première ligne", qui fait qu'en matière de substitution nous avons retenu uniquement le bus méthadone de Médecins du Monde.

Enfin, la dernière question du questionnaire envoyé aux structures faisant l'objet de l'enquête était libellée de la façon suivante : *"dans votre département, quelles sont les autres structures qui travaillent en première ligne dans la réduction des risques ?"*. Les réponses à cette question ont permis de vérifier que nous avons bien balayé l'ensemble des possibilités. L'hétérogénéité des réponses pour un même département montre aussi à quel point il est difficile de définir une unité de compte homogène pour cette enquête. Ces difficultés que nous avons rencontrées constituent en elles-mêmes un processus de connaissance. Par ailleurs, le fait qu'il n'existe pas, au sein de la DGS, une liste exhaustive de ces structures pourrait témoigner d'une réticence ou peut-être d'une impuissance à penser ce travail comme une catégorie particulière de l'action publique¹⁰⁴.

¹⁰³ Cf. annexe.

¹⁰⁴ En ce qui concerne les CSST, déjà, H. Bergeron constatait *"qu'on ne possède pas en 1982-1983, de listes exhaustives des structures financées par l'État au titre du soin de la toxicomanie"*, et la démarche de dénombrement entreprise a entraîné *"une prise de conscience des pouvoirs publics de l'existence d'un dispositif global"* (BERGERON, 1999, 169).

Signalons qu'une autre source aurait pu être mobilisée¹⁰⁵, celle des "adresses utiles" données par "Drogues Alcool Tabac Info Service" et disponible sur le site de la MILDT, mais cette liste s'est avérée difficile à utiliser car elle ne permettait pas de cibler les structures éligibles pour notre propos : par exemple, elle donnait effectivement la liste des distributeurs et échangeurs de seringues sans préciser qui les gérait. Nous avons fait l'hypothèse que soit la gestion de ces dispositifs était assurée par des structures dont par ailleurs on nous avait communiqué le nom, soit le mode de gestion de ces dispositifs ne supposait pas de contacts directs avec les usagers (par exemple simple alimentation de distribos).

La difficulté de disposer d'une liste à jour des structures susceptibles de nous intéresser résulte aussi de la nature de ce secteur sans cesse en ébullition et soumis à de fortes contraintes budgétaires. Il est vraisemblable que seul un démarchage systématique de ces structures, pendant une période donnée, aurait pu nous assurer, à cette période, une bonne photographie de la situation.

Au bout du compte, si nous ne visons pas à atteindre une stricte représentativité de la composition des équipes de première ligne, nous espérons toutefois être en mesure d'en décrire toute la diversité, ce qui suppose qu'il n'y ait pas de biais systématique d'une part dans la couverture de nos envois, ce qui est probable et d'autre part dans les non-réponses, ce qu'on ne sait pas.

Signalons enfin que le questionnaire a aussi été conçu pour contrôler d'une part, la pertinence de nos envois (questions sur la structure et ses missions) et, d'autre part, l'exhaustivité de notre couverture (avec des questions sur les autres structures du département).

Que cherchions-nous à savoir à travers ce questionnaire ? Tenant sur une page *recto verso*, il comporte 5 blocs principaux :

- des questions socio-démographiques classiques (sexe, date et lieu de naissance, situation familiale) ;
- des questions sur les formations et qualifications. Dans ce cadre, au-delà du diplôme obtenu, nous nous sommes intéressées à la question de savoir quelle formation au sens large avait éventuellement préparé ou accompagné l'exercice du travail actuel. Cette formation suppose évidemment qu'il existe un corpus de connaissances mis en forme, transmissible et porté par des personnes reconnues pour le faire. C'est pourquoi nous avons aussi la question de savoir si certains des acteurs étaient intervenus en tant que formateurs. Nous avons laissé la porte ouverte au signalement d'une formation "sur le tas", signe pour notre part, non pas d'un défaut de formalisation des savoirs, mais de leur nature particulière qui suppose aussi un apprentissage

¹⁰⁵ Drogues Info Service était l'une des sources mobilisées par des chercheurs ayant monté une enquête quantitative sur les caractéristiques des usagers fréquentant les PES en France (EMMANUELLI, LERT, VALENCIANO, 1999).

pratique. Nous avons aussi essayé de rassembler quelques éléments de trajectoires des acteurs : qu'est-ce qui les a amenés dans leur expérience personnelle à exercer ce travail, que faisaient-ils auparavant, avaient-ils un travail ?

- des questions sur le statut du travail actuel : nous avons demandé quelle était la nature du contrat de travail, si la personne travaille à temps partiel et comment elle est nommée sur sa fiche de paye ;

- des questions sur le type de la structure employeur : ces questions nous intéressaient aussi comme variables de contrôle sur l'appartenance des acteurs à notre champ d'investigation : quel est le type de la structure à laquelle les acteurs appartiennent et quelles sont ses missions ;

- venaient ensuite deux questions ouvertes qui laissaient aux répondants l'opportunité de s'exprimer brièvement, notamment sur leur appartenance professionnelle. La première question ("*comment voyez-vous votre avenir professionnel ?*"), cherche à savoir si la personne se projette dans un avenir professionnel, avec éventuellement une évolution de sa pratique et de son statut. Cette question cherche à saisir des représentations de déroulement de carrière dans le champ actuel d'activité ou dans un champ plus large. Nous cherchons ici quelques éléments de contexte sur le métier : pourquoi y vient-on, est-ce qu'on envisage d'y rester ? La deuxième, plus directe ("*en tant qu'acteur de première ligne, vous sentez-vous appartenir à un groupe professionnel, pourquoi ?*") cherche à saisir les sentiments d'appartenance ou de non-appartenance à un groupe professionnel, ce qui pouvait éventuellement être compris dans un sens plus large que le groupe de travail actuel.

CHAPITRE 2

LA DESCRIPTION DES LIEUX OBSERVÉS

Pour donner le cadre de l'analyse du travail lui-même, nous commençons par décrire chacun des lieux propres aux dispositifs enquêtés : la boutique, les bus de prévention et le bus méthadone. Ces trois dispositifs se sont avérés très différents les uns des autres en raison de leur histoire, de leurs attaches institutionnelles mais aussi de leur inscription dans le paysage de la réduction des risques. Si le troisième s'inscrit dans une pratique médicale techniquement très encadrée et de ce point de vue, déjà dans les débuts de ce qu'on peut appeler la chaîne du soin, les deux autres sont encore en amont de cette étape de prise en charge sanitaire, même si celle-ci en constitue un objectif. Nous commençons par présenter ces trois dispositifs tels que nous les avons observés et ressentis lors de nos séjours sur le terrain.

Ce chapitre a pour ambition de faire partager, par quelques touches de nature ethnographique, l'ambiance du terrain.

I – LA BOUTIQUE

Tous les dispositifs mis en place partout en France, même ceux qui figurent sous la même dénomination, ne fonctionnent pas de la même façon. La boutique que nous avons observée ressemble à un lieu de vie, alors que dans d'autres associations, la boutique, ouverte moins longtemps, a des objectifs plus ciblés. Les bus de prévention peuvent, dans certaines associations, être pris comme de simples guichets, ou à l'inverse des endroits où l'on peut rester et bavarder. Ainsi la nature du travail observé dans un lieu peut se retrouver sous des configurations diverses.

L'observation du travail à la boutique s'est déroulée sur dix semaines. Outre une présence plusieurs fois par semaine, à des jours différents, pendant les horaires d'ouverture de la boutique, l'observation a porté également sur la réunion de synthèse qui clôt la journée et à deux occasions, sur "la réunion d'usagers" qui a lieu en principe le vendredi tous les quinze jours. Enfin à six reprises nous avons assisté aux réunions bi-hebdomadaires de travail de l'équipe, réunions qui concernent tant l'équipe de la boutique que celle du bus.

Après avoir décrit le lieu que nous avons observé, nous essaierons de dégager les grandes lignes qui caractérisent ce qui s'y passe et le travail des acteurs qui s'y déploient.

1°) La boutique, un espace protégé

La boutique ouvre ses portes de 11 à 16 heures. On y accède par une entrée spécifique distincte de l'entrée des bureaux. Les visiteurs sonnent comme pour entrer chez quelqu'un et l'un des accueillants présents vient ouvrir la porte. Ce hall d'entrée n'est pas visible par les personnes déjà présentes dans la boutique. La première pièce, ouverte, distribue les autres : le bureau des entretiens, l'infirmerie, la grande salle commune qui bénéficie d'une belle clarté. Dès l'entrée, une sorte de bar délimite un petit espace où sont entreposés les seringues stériles, les "kits de sniff", les préservatifs, la documentation et les récupérateurs de seringues usagées. Derrière ce bar, la porte donne vers les bureaux, c'est un espace qui n'est pas ouvert aux usagers. En entrant, l'utilisateur donne son prénom et sa date de naissance. Par la suite, on notera sur cette feuille s'il a pris un déjeuner, s'il a pris et rendu des seringues, des jetons pour les distributeurs de seringues, des kits de sniff, s'il a eu un entretien, s'il a été orienté vers d'autres personnes ou structures. Ce petit rituel d'entrée peut s'accomplir de façon invisible quand l'utilisateur et l'accueillant se connaissent bien¹⁰⁶ : une poignée de mains et l'utilisateur rentre dans la salle commune pendant que l'accueillant remplit discrètement la feuille de présence, cachée aux yeux des autres visiteurs.

Dès le hall d'entrée franchi, on est vite comme chez soi. Il n'est pas rare que le visiteur salue tout le monde, parfois la main revenant se poser sur le cœur à la façon musulmane, mais certains sont moins à l'aise ou moins désireux de contacts. Au fond de cette grande pièce, un bar est aménagé avec un évier, des placards où les usagers peuvent trouver quelques provisions (céréales, lait, pain, confitures), un réfrigérateur, un four à micro-ondes. La pièce donne enfin sur une autre pièce qui fait office de salle de bain où sont les douches, les machines à laver et à sécher le linge et les casiers (une douzaine). Sur demande, les usagers peuvent disposer en cas de besoin d'un casier pour leurs affaires. Celui-ci ferme à clé, clé qui est conservée par un intervenant : c'est une mesure de sécurité autant que de contrôle. En effet, il ne faut rien laisser traîner, sinon il peut arriver que l'on ne retrouve plus ses affaires ; par ailleurs, le contenu des casiers doit pouvoir être vérifié : pas d'armes, pas de recel, pas de produits illicites.

Certains viennent déjeuner : il faut alors respecter les horaires, rien n'est servi en principe après 14h30, mais il peut y avoir des exceptions. Il arrive aussi que la vingtaine de repas prévus en

¹⁰⁶ Ce qui n'est pas le cas si l'utilisateur est un nouveau venu ou si l'accueillant est un stagiaire de passage ou un observateur participant.

moyenne soit insuffisante. Au menu : pâtes à la bolognaise, chili con carne, merguez aux lentilles, couscous ; chacun réchauffe son assiette au micro-ondes. Certains jours, les usagers préparent eux-mêmes le couscous et c'est un peu la fête. On peut s'asseoir dans un fauteuil, lire le *Parisien*, surtout dans son édition locale (les faits divers donnent lieu à commentaires), faire des mots croisés, surfer sur Internet quand on en a la compétence et que le poste est libre, bavarder avec quelqu'un ou tout simplement se taire, écouter ce que disent les autres ou rester perdu dans ses pensées, vautré dans un canapé. On peut aussi solliciter les services de l'assistant social, de l'infirmière (bobologie) ou de la psychologue.

Le fonctionnement des relations sociales dans une boutique d'usagers de drogues peut rappeler un peu celui d'un café de quartier ou d'un bar. On y va pour passer le temps, pour sortir, pour voir du monde. Il y a toujours les retardataires à la fermeture que l'on a du mal à faire sortir ou qui ne savent pas où et vers qui aller ensuite. Certains d'entre eux n'ont pas de logement et dorment là où ils peuvent, ce qui explique aussi pourquoi la fermeture est un moment difficile à gérer.

2°) La boutique : les usages d'un lieu

Du point de vue de l'usager, la boutique peut prendre différentes figures :

- Il y a la "**boutique-guichet**", un simple lieu de prestations de services. C'est la situation la plus difficile à supporter pour les acteurs de première ligne qui tiennent essentiellement à leur rôle d'accueil et de lien. C'est souvent dans ce cas que les règles de civilité seront rappelées, parfois vivement : tu dis "s'il te plaît !", parce que la boutique ne peut être vécue comme un lieu d'accueil de simples clients, c'est un lieu de création de liens et d'exercice de la vie sociale. Nier cet aspect-là du lieu, frustre les intervenants de la reconnaissance de leur fonction d'accueil, fonction qui, en pratique, leur prend le plus de temps. Les stratégies des clients peuvent combiner plusieurs objectifs. Par exemple, cet usager (2/intermédiaire), client récent de la boutique, utilise ce lieu comme une ressource parmi d'autres. C'est la deuxième boutique qu'il fréquente. En réalité, il est suivi dans un CSST aussi pour les questions de réinsertion. Du coup, il n'attend pas grand-chose de la boutique elle-même, à part les services concrets qu'il y trouve. Par ailleurs, il gère ces différentes ressources pour préserver un peu de liberté ou d'intimité : "*Non, non. Il y a des trucs que je ne peux pas dire, c'est obligé. Une partie vouée à la concurrence. T'es obligé de garder une partie d'intimité*". Mais d'un point de vue plus général, il pense que la boutique est utile et qu'elle devrait avoir plus de moyens. En fait, son sentiment par rapport à la boutique est très ambivalent, il y vient mais ne s'y sent pas vraiment bien, il explique que lui "*Non, moi je suis indépendant*". La boutique est

clairement une période de transition, il espère évoluer, ne plus en avoir besoin : *"Parce que je suis en période de réinsertion. Je ne vais pas rester là. (...) Il y a un moment où vous n'avez plus envie de venir. Trouver les motivations"*. Du coup, on ne comprend pas très bien ce qui le pousse à y aller puisqu'il est pris en charge par ailleurs au niveau social et qu'il ne semble pas y parler beaucoup avec les autres et rechercher une qualité relationnelle. Peut-être simplement pour avoir quelques conseils, ou conjurer l'ennui : *"si, si c'est des conseils. C'est tout. D'un côté je suis bien, d'un côté je ne suis pas bien (...) dans un sens, cela m'aide et l'autre cela ne m'aide pas. Je ne travaille pas avec eux. Je suis avec d'autres personnes"*.

- Il y a la **"boutique-café"** : dans ce cas, l'utilisateur reste un consommateur, mais il s'y ajoute la recherche et l'offre d'une certaine convivialité. L'interconnaissance y est forte : *"J'en connais au moins 60 % (des autres usagers de la boutique). Certains qui ont grandi avec moi dans la cité et puis bon beaucoup par le biais des CAS dans les cités et tout mais je ne viens pas que pour les voir, non non, c'est surtout pour venir à l'asso voir (X), l'équipe et être à l'asso. Et en même temps, après, discuter avec les autres usagers, mais bon en premier c'est pas eux que je viens voir, si je venais voir qu'eux, je me ferais chier. Je me suis échappé de ça, c'est pas pour replonger, me remettre en contact avec des toxicos, bon c'est un peu con, je l'ai fait mais bon j'ai 42 ans et je ne veux plus prendre de cachets de Lexomil, en premier je viens parce que je suis bien ici, je me sens bien voilà... et là je ne viens pas parce qu'un moment j'étais pas bien, quand je suis pas bien, je devrais venir mais je reste chez moi..."* (usager 1, /intermédiaire).

En effet, dans la boutique, d'autres images et d'autres identités sont possibles que celles de la rue et de la drogue, notamment du fait du regard ouvert des intervenants. La boutique joue là son rôle de lieu de récréation du lien social, spécialement par le discours, lequel s'exerce sur plusieurs registres : celui de la familiarité, avec les dérives possibles qu'il faut endiguer, de la réciprocité (on échange sur ce qui est commun, l'actualité, la météo). Le registre de l'humour est très présent : humour des usagers entre eux, et sur eux-mêmes et parfois vis-à-vis des intervenants.

Par exemple, cet usager trouve une qualité relationnelle avec l'équipe qu'il ne trouve pas ailleurs. L'équipe respecte son envie parfois de ne pas parler, d'être simplement là. Il s'y sent "comme chez lui". En revanche, dans une autre structure, l'imposition du vouvoiement, de surcroît par un homme un peu plus jeune que lui, lui déplaît. Il estime que cette façon de faire n'incite pas les gens à revenir, et que le personnel est trop rigide. Du coup, il se sent "bloqué" : *"Ha quand je viens ici, je me sens très très bien, pendant un moment j'allais au CAS, rue (...) à (...), c'est pas pareil, déjà y'a deux personnes qui travaillent avec (X, la psychologue de la boutique) qui font des pâtisseries pour les prisons... et y'en a un il est bien mais c'est le vouvoiement et tout. Moi j'ai 42 ans et lui il en a 38 et il veut que je le vouvoie, moi j'aime pas ça. Et le mec qu'arrive tu vois, qu'est pas bien et tout et l'autre lui dit : vouvoie-moi, il*

reviendra pas le mec... Je leur ai dit mais ça marche pas. C'est le jour et la nuit avec ici, je me sens comme chez moi, je me sens à l'aise là-bas je sais pas, je peux pas dire que je suis bloqué mais je sais pas, c'est pas ouvert... ici je suis chez moi. Et l'équipe est fantastique, ici elle est fantastique, je sais pas y'a quelque chose, c'est au niveau des relations, c'est au niveau des relations. (...) Avec toute l'équipe, ouais comme y'a souvent des roulements, (Y), (X) et même avec les nouveaux (acteurs) et tout, ils sont bien y'a pas de problème et puis bon ben, heu c'est vrai que moi, y'a des fois, j'ai pas trop envie de parler ou j'ai pas trop envie qu'on me parle, je suis comme tout le monde, (...) et tout le monde le dit c'est vrai".

- Il y a la "**boutique-qu'on s'approprie**". En effet, l'utilisateur est invité à s'approprier le lieu dans une certaine mesure : il range, nettoie, fait du café, balaie le jardinet. Il peut aussi sur demande, aider à faire les courses, à les stocker à la cave. Ici l'utilisateur devient partie prenante du fonctionnement. Il mobilise ainsi ou met en place des ressources inédites. Cela peut être l'occasion d'acquérir une identité valorisante. Certains iront jusqu'à participer aux "réunions d'utilisateurs", programmées en principe tous les quinze jours le vendredi, alors que d'autres au contraire les évitent, quelquefois parce qu'il y a malentendu sur le contenu de ces réunions (certains nous ont dit fuir les "groupes de paroles"). Cette attitude correspond à une amorce de démarche communautaire telle que l'équipe essaie de la promouvoir. Les utilisateurs sont associés dans la mesure du possible à la vie de la boutique : le règlement intérieur a été préparé en commun. De ce fait, la boutique apparaît comme un bien commun à protéger, le moindre accident dans la boutique ou dans la rue avoisinante peut en remettre l'existence en question. Ainsi, les sanctions existent (le règlement intérieur prévoit la possibilité d'exclusion), mais elles sont là pour protéger la collectivité¹⁰⁷. Le sentiment d'appropriation peut entraîner un mécanisme d'exclusivité et d'exclusion de ceux "qui ne sont pas comme nous". La boutique apparaît alors comme un lieu à préserver des "autres". De fait, l'un des partenaires de la boutique venu en visite avait bien senti à quel point les utilisateurs y étaient différents de ce qu'ils étaient ailleurs, avec évidemment le risque que la spécificité du lieu tourne au ghetto : "*un lieu qu'ils s'approprient, où la parole n'est pas dite de la même façon que si vous interviewez le même patient ici à l'hôpital où là c'est un lieu de soins, labellisé comme tel ou on parle beaucoup du corps etc. Où effectivement ce n'est pas le savoir sur la toxicomanie qui est important. Alors qu'à la boutique, c'est évidemment ça puisque c'est un lieu pour ça. Moi cela m'avait surpris effectivement de voir des gens qui me parlaient de façon différente. Je n'avais plus de blouse, j'étais en civil. J'étais dans leur lieu à eux...Ce n'était pas les mêmes rapports. Et avec beaucoup plus d'aisance dans un lieu qui est leur lieu"* (partenaire 3).

- Il y a la "**boutique-théâtre**". La boutique c'est aussi un lieu où les uns et les autres peuvent se mettre en scène. En particulier, la présence assez fréquente de personnes extérieures à

¹⁰⁷ Nous avons eu l'occasion d'observer un tel incident (voir en annexe, l'affaire Jean-Damien).

la fréquentation "normale" du lieu, par exemple des stagiaires infirmiers(ères) ou autres ou encore des sociologues en observation, peut inciter les usagers à sortir de rôles trop figés, trop prédéfinis qui les enferment dans leur condition. Un regard plus neuf sur eux peut les encourager à jouer d'autres rôles, voire dans certains cas à se positionner eux-mêmes dans une certaine extériorité par rapport à la boutique (*un usager à qui je dis "à demain", me répond "non pas demain... la boutique on finirait par faire que cela !*)¹⁰⁸. Dans cette prise de distance par rapport à la boutique, on peut voir aussi la difficulté de gérer, devant un regard extérieur, le stigmate que représente le fait d'être un client de la boutique. Ainsi la boutique est un lieu de jeux sociaux, de recherche de soi-même sur une scène reproduisant autant que faire se peut du banal et du quotidien¹⁰⁹. L'un de ces jeux est celui de la séduction. La présence féminine est minoritaire parmi les usagers mais elle existe et donne lieu à des jeux de séduction réciproques, à des compétitions viriles symboliques. Mais la séduction peut se déployer aussi à l'égard des intervenants précisément parce que ceux-ci sont toujours sur les deux registres : banalisation et professionnalisation de la rencontre. Parfois il n'y a pas beaucoup de lieux où l'usager soit accueilli dans toutes les dimensions de sa personne et non pas seulement avec son identité de toxicomane. Dès lors la validation de son identité personnelle passe aussi par la validation de son identité sexuelle. Et celle-ci, d'autant qu'elle est parfois douloureusement vécue, demande à être reconnue et s'exprime par des jeux de séduction, des mises en scène, et des plaisanteries. Même si l'évocation du cadre professionnel peut servir *in fine* à recadrer les situations, ces dernières sont le plus souvent gérées sur le mode de l'ajustement des bonnes distances entre personnes, même si le fait que ce soit un accueillant qui rappelle ces bonnes distances donne un poids implicitement professionnel à l'intervention¹¹⁰. Bien entendu, les accueillants ne sont pas à l'abri de leurs propres stratégies de séduction, ils sont simplement plus à même de les contrôler, notamment quand ils ont bien intégré les règles de leur identité professionnelle.

¹⁰⁸ La présence fréquente de stagiaires de tous ordres sur les terrains que nous avons observés présente beaucoup d'avantages escomptés, mais celui-ci n'est en général pas perçu : la présence d'un nouveau venu dans un groupe redistribue les rôles et offre des opportunités d'échapper ne serait-ce que temporairement à des identités trop convenues. Or l'activation de registres identitaires alternatifs pour les usagers, et pour les intervenants, est essentielle pour lutter contre la ghettoïsation de ces lieux.

¹⁰⁹ Mais derrière le frigidaire et la machine à café, le quotidien de tout le monde, il y a la boîte de kits d'injection, qui sans être cachée n'est pas directement visible et qui représente le quotidien de quelques-uns.

¹¹⁰ La difficulté est plus sensible lorsque la rencontre a lieu en dehors de la boutique : dès lors ce sont deux personnes qui se rencontrent et la protection professionnelle implicite peut être très atténuée.

3°) *La boutique : les pratiques d'accueil*

Du point de vue de l'intervenant, le travail en boutique est un patchwork complexe et parfois plein de contradictions. C'est de façon concomitante :

- **L'accueil et ses limites : qui doit-on accueillir ?** Le problème se pose pour les alcooliques non usagers de produits stupéfiants. Sélectionner ses clients apparaît en même temps comme une nécessité et une contradiction : *"c'est vrai que la MILDT en associant l'alcool nous pose un peu un problème... C'est quoi un usager ? Nous on doit accueillir sans être trop intrusif, l'accueil c'est notre première priorité. On va pas leur poser tout un tas de questions... Un usager devenu alcoolique, c'est un usager ? Un alcoolique qui fume un peu [des joints], c'est un usager ? ... D'un côté notre travail c'est l'accueil et tout d'un coup on limite... mais si on ne le fait pas, c'est plus le même boulot, c'est plus de la réduction des risques"* (un intervenant).

- **La recherche de la banalité** : il s'agit de créer les conditions d'un accueil ouvert sans jugement, banalisant. Si le mode d'entrée suppose comme on vient de le voir une étiquette plus ou moins évidente de "toxicomane", celle-ci doit pouvoir être au moins temporairement oubliée. Tout cela se tisse avec les mots échangés, l'attitude, l'échange de cigarettes, le partage d'activités (mots croisés). Mais plus subtilement, il faut aussi établir une relation chaleureuse qui ne masque pas *"les difficultés vécues par les personnes en évitant les formes de violence symbolique qui sont attachées aux différences de position"*¹¹¹. Un *"bon week-end !"* lancé chaleureusement, peut s'avérer être une véritable provocation. À côté de cela, la remarque *"Ici à la boutique, on peut parler avec des gens comme vous"* est une autre façon de dire que la différence existe. Ce qu'on cultive à la boutique, par la parole, ce sont des registres de représentation de soi-même différents de ceux de la rue, même si l'on n'efface pas ceux-là.

- **Le décryptage permanent** : l'accueil doit être banalisant tout en étant attentif. Celui qui arrive avec une marque extérieure visible et inédite (blessure, vêtement déchiré) peut souhaiter qu'on ne fasse pas comme si de rien n'était, il doit être accueilli avec tact. Ici c'est l'interconnaissance avec les intervenants qui joue un grand rôle : selon les personnes une remarque de connivence, un trait d'humour, une attitude plus concernée (*"tiens tu as quelque chose-là, il faudrait peut-être aller voir l'infirmière"*) va permettre éventuellement de décrypter le message et de répondre à la demande.

- **La négociation des règles** : la fonction d'accueil suppose parfois de perdre ses repères habituels, pour autant la boutique est un lieu collectif où on doit respecter des règles. Ce sont des règles minima de la vie sociale ou tout simplement des règles internes comme l'heure des repas. Mais face à la souffrance, il peut arriver qu'on oublie un peu la règle, quitte à la rappeler plus tard.

¹¹¹ JACOB, 1997.

"De toutes façons une règle, elle bouge tout le temps forcément. Par exemple les repas jusqu'à 14 h 30. Et s'il y a des restes... si quelqu'un qu'on connaît bien arrive en retard... la règle on l'adapte un peu. Et puis dans l'équipe, chacun adapte un peu les règles à sa façon. Tout cela s'élabore petit à petit. On n'a pas encore une culture commune du travail" (apl 6/intermédiaire). À la boutique on vit avec les usagers, mais les acteurs de première ligne partagent aussi un mandat commun. Et ce mandat chacun le reconstruit avec ses compétences et son expérience mais en confrontation avec les autres.

- **Le contrôle** : on a vu que les règles de vie à la boutique sont réduites au minimum. Elles font l'objet d'un règlement intérieur¹¹² affiché à l'entrée : pas de violence, pas d'armes, pas de trafic et d'usage de drogues... Pour l'intervenant cela suppose d'avoir un œil sur les interactions entre les personnes présentes, savoir voir le conflit qui se noue, la tension qui monte. Il faut aussi aller voir ce qui se passe dans la pièce du fond, faire sortir de la douche celui qui y est enfermé depuis trop longtemps, faire attention à ne donner les seringues qu'aux sortants uniquement. Cet aspect du travail est plus ou moins palpable selon les jours, les produits en circulation et les personnes présentes.

- **Le projet** : si le principe du bas seuil c'est d'être ouvert à ceux qui ne veulent pas de ce qu'offrent les centres de soins, sa justification ultime est de servir de relais un jour ou l'autre vers ces centres ou d'autres structures de prise en charge. Il convient dès lors de savoir être dans une renégociation permanente de la bonne distance aux normes sanitaires : la "bonne" attitude étant l'accueil dégagé de tout cadre normatif et la réintroduction au moment opportun d'un objectif de soin. Cet aspect du travail apparaît essentiellement à la réunion de *débriefing* qui suit : tous les usagers présents y sont passés en revue, les remarques notées sur un cahier de suivi ; s'il y a un nouveau, la deuxième ou troisième fois, on ouvre une page pour lui. Tel intervenant rappelle qu'il s'était donné pour objectif de parler de tel problème avec tel usager, d'obtenir un rendez-vous pour tel autre. C'est là que l'observateur se rend compte que les allers et venues dans la boutique n'étaient pas neutres, seulement dictés par le hasard ou les affinités ponctuelles mais obéissaient éventuellement à des stratégies de recherche de contacts. (Le *débriefing* c'est aussi parfois le moment de se rendre compte pour les intervenants que l'équipe a été totalement absorbée par les tâches d'accueil et de service et n'a pu faire ce travail pro-actif).

Il apparaît ainsi que les acteurs sont en permanence dans un travail de définition des situations, dangereuse/non dangereuse, légitime/non légitime, à gérer sur le mode banalisation/exemplification. Dans un contexte de subjectivation des normes, la situation des acteurs est particulièrement inconfortable et stressante.

¹¹² Cf. annexe.

4°) L'envers de la boutique

Il y a enfin l'envers de la boutique, ses zones d'ombre et ses limites :

- L'envers de la boutique-café, c'est que la convivialité, même éventuellement minimum, qu'on y trouve, n'est pas forcément recherchée ou en tout cas, pas avec certaines personnes. *"Non (je ne veux pas aller à la boutique) parce qu'il y a des gens que je veux pas aller voir... Il y a des gens, des fois, je peux pas les voir, il y en a je veux pas les voir (...)* (j'ai des rancœurs) *ouais, voilà, voilà pour moi, il y a des gens qui viennent ici, ils profitent de trop, tu vois ce que je veux dire ? Et je sais parce que je les connais c'est tout"* (usager 2, intermédiaire).

- En écoutant les récits concernant les uns et les autres, on découvre aussi que ce qui apparaît parfois comme l'eau dormante de la boutique peut cacher une extrême violence. Plusieurs usagers sont d'anciens gros dealers, flambeurs, qui sont tombés "parce qu'ils y ont touché". Quand viennent les difficultés, les embrouilles, la police, il y a les dénonciations, les séjours en prison. Or comme tout le monde se connaît et vit sur un territoire finalement assez circonscrit, la boutique est aussi un lieu où on peut retrouver celui qui vous a "donné" ou qu'on a "donné". Certains usagers n'y vont pas pour ces raisons et préfèrent le bus pour s'approvisionner en matériel stérile. C'est aussi fatalement un lieu d'échange d'informations, voire de démarchage pour les dealers, ce qui est selon les cas, craint ou recherché. C'est enfin un lieu où les rapports de force se recréent subtilement : *"Il y a celui à qui l'on taxe facilement ses cigarettes, qui ne peut guère refuser"* (apl 1/senior).

- Enfin la boutique, c'est comme un café, on peut s'y sentir chez soi mais pour un temps circonscrit. Ce temps écoulé il faut retrouver souvent la rue. Ce temps de repos ou de déploiement d'autres facettes de soi-même reste limité et encadré par des contraintes institutionnelles parfois forcément violentes (un usager qui vient chercher des affaires après l'heure est renvoyé au lendemain).

II – LES BUS DE PRÉVENTION

1°) Description et fonctionnement

Le grand bus est un vieux bus de la RATP, repeint en jaune, et sur lequel on peut lire le nom et le sigle du département. Il est prêté par la ville et son garage est celui des véhicules municipaux. Sur chaque site de stationnement, dans chaque ville, des lignes de couleur peintes au sol signalent que l'emplacement lui est réservé.

Les bus ont été réaménagés à l'intérieur de façon sommaire, à la manière d'un camping-car avec des petites banquettes pour s'asseoir, des rideaux de couleur sombre. Des affiches d'information sur le SIDA et les horaires et lieux de stationnements sont collés sur les vitres. Il y a aussi diverses revues et tracts d'information et prévention sur le SIDA et les centres de dépistage anonymes et gratuits. Des containers en plastique jaune de récupération des seringues usagées sont placés à l'arrière du bus. La directrice d'un centre municipal de santé d'une des villes couvertes accepte de recevoir ces containers pleins pour les détruire.

Dans le grand bus de couleur jaune orangé, on peut s'isoler au fond dans une petite pièce. L'espace disponible permet de ne pas se sentir à l'étroit.

Dernièrement, le petit bus, qui stationne principalement sur un site universitaire, s'est vu refaire une nouvelle apparence par des taggers recrutés dans la rue par les juniors de l'équipe. L'inauguration de ce nouveau look s'est faite sur le campus, avec du "son" (musique techno), instrument identificateur et moyen d'appel des intéressés potentiels. L'utilisation des codes sociaux (langage, comportement, tenue vestimentaire, coiffure, *pierving*, âge) spécifiques à une catégorie d'usagers de drogues, ici les étudiants consommateurs de produits de synthèse, et pour certains fréquentant les raves, visent en quelque sorte à attirer une clientèle initiée.

À l'entrée de chaque nouvel usager dans le bus, théoriquement, l'accueillant remplit une fiche statistique permettant d'identifier la personne (prénom ou surnom – pas de nom de famille –, sexe, date de naissance, département d'habitation ou de vie), de nommer et de quantifier le service rendu (kits de seringues, préservatifs, discussion, orientation)¹¹³.

Les bus circulent tous les jours de la semaine. Ils stationnent chaque jour en plusieurs endroits, alternant des lieux divers, répartis sur quatre communes voisines :

- Près d'un hôpital, où se trouve, à l'entrée, un distributeur récupérateur de seringues.
- À la sortie d'une bouche de RER en centre ville, à côté d'un arrêt de bus, à la vue des commerces et dans un lieu de passage continu. C'est un stationnement visible et exposé. *A priori*, ce stationnement ne semble pas poser de problème vis-à-vis des commerçants (banque, brasserie-café).
- Aux pieds des barres d'une cité, près d'un commissariat et d'un lieu de deal fort couru. La présence du bus de prévention dérange beaucoup de groupes : les habitants peut-être mais surtout les dealers. Chacun s'observe à la dérobée et reste sur son quant à soi, la règle étant de rester à sa place, et, surtout, de ne pas bouger de son périmètre d'intervention. Des incidents peuvent survenir. Une voiture passe, ralentit. On entend un drôle de bruit, puis une accélération. On se déplace pour voir ce qui se passe. Le bus est maculé d'œufs éclatés.

¹¹³ Cf. la feuille statistique du bus en annexe.

- Dans une université, à la sortie. La population visée est celle des étudiants usagers de drogues de synthèses et fréquentant les raves.

- Près d'un hôpital, d'un foyer de travailleurs et d'un lieu d'hébergement de SDF.

Le calendrier des stationnements est hebdomadaire¹¹⁴. Y figurent les jours, les horaires, les lieux de stationnements et le prénom des acteurs de première ligne composant l'équipe des bus. Le travail des intervenants sur les sites du week-end est parfois l'objet de négociation avec les responsables. *In fine*, s'il y a désaccord, le directeur de l'association tranche. Les stationnements commencent à 11 heures et finissent à 18 heures. Ils durent deux heures de temps. On notera que l'application de la loi des 35 heures dans l'emploi du temps des membres de l'équipe s'est révélée un véritable "casse-tête" pour la secrétaire et les responsables.

Les équipes des bus sont généralement composées de deux intervenants. Le grand bus possède son chauffeur attiré : le seul apte à conduire ce type de véhicule. Âgé d'une quarantaine d'années et issu des cités alentours, "*typé toxicomane*" comme il le dit lui-même, il fait équipe avec une junior. C'est la seule fille sur le terrain. Le petit bus est habituellement utilisé par les juniors. Un responsable d'une quarantaine d'années est chargé d'organiser les activités du bus et d'encadrer les équipes. Une fois par semaine, le mardi à 16 heures, se tient la réunion regroupant l'équipe des bus, pendant laquelle sont discutés la situation de tel usager, le choix des stationnements, les problèmes rencontrés, les relations avec les partenaires...

2°) Fréquentation

Les bus pourraient jouer le rôle d'une boutique miniature qui se déplace mais ils attirent beaucoup moins les usagers que la boutique. Trop visibles ? Pour certains qui vivent dans cet environnement, c'est sûr. Ils offrent aussi moins de services. On y trouve de multiples tracts de prévention mais on vient essentiellement pour se procurer du matériel (seringues et préservatifs), on parle un petit peu mais on n'y reste pas longtemps. Le passage des usagers dans le bus ne s'éternise pas. Il peut arriver qu'un usager gare sa voiture à côté, vienne prendre ses kits de seringues et reparte aussitôt. Parfois l'utilisateur ne sort même pas de sa voiture : c'est la "*rdr drive-in*".

Quelques grands adolescents de 15-17 ans envahissent le bus en petit groupe de 3-4 pour demander discrètement tout en riant très fort, des préservatifs. Ils apportent un moment le bruit indiscipliné de la jeunesse, réveillant l'attente des acteurs de première ligne. Il y a aussi quelques

¹¹⁴ Cf. annexe.

rare "teuffers" venus s'informer sur le lieu de la future rave auprès des acteurs de première ligne de leur génération, dont ils savent qu'ils font partie de la mission rave de MdM et, de ce fait, qu'ils sont parmi les premiers informés sur le secret des prochains lieux du "son". Les portables sortent des poches, des sortes de conciliabules s'échangent : tout "un manège" et une mise en scène du secret. Au final, personne ne sait encore où se tiendra la prochaine rave. On fait alors des spéculations. Les dates sont à peu près connues. Les raves semblent suivre la périodicité du passage des saisons, voire du calendrier religieux catholique, du moins pour les plus importantes¹¹⁵.

D'autres personnes encore, plus âgées (la quarantaine), viennent simplement et spécialement pour saluer tel acteur accueillant qu'elles connaissent bien pour avoir habité dans la même cité ou être de la même famille. Ces personnes ne sont pas toutes pour autant des usagers de drogues. On prend et on donne des nouvelles des uns et des autres. On commente des vies. On est heureux de maintenir le contact à force de conversation et avec la force de l'humour, mêlant parfois le français à l'algérien.

La fréquentation du bus a beaucoup baissé depuis l'ouverture de la boutique. On peut parfois se poser la question de son utilité. En réalité, l'ouverture de la boutique a opéré une sorte de segmentation de la clientèle. Théoriquement, une des fonctions secondaires des bus, après celle de servir de lieu de distribution de matériel et de lieu de paroles, est de jouer le rôle de relais entre la rue et la boutique. En pratique, les choses ne se passent pas toujours ainsi : les usagers qui fréquentent un lieu semblent préférer ne pas fréquenter l'autre. Pour certains, le bus est trop visible, dans des lieux de grand passage et où, en usagers de la rue, ils ont leurs habitudes. D'autres, usagers en traitement méthadone, préféreront au contraire, venir au bus et éviteront la boutique, pour ne pas risquer de se retrouver avec des usagers actifs. D'autres enfin, on l'a vu, n'iront pas non plus à la boutique, craignant de croiser certaines personnes qu'ils n'apprécient pas.

Après la boutique d'accueil des usagers de drogues et les bus de prévention secondaire, nous présentons maintenant le troisième dispositif observé, celui du "bus méthadone".

¹¹⁵ Ainsi par exemple chaque année une rave a lieu le 15 août, qui correspond à la fête de l'Assomption. En 2002, elle était prévue à Prague. Les inondations l'ont déplacée vers l'Italie, à proximité de la frontière française, pour éviter les retombées des nouvelles dispositions législatives.

III – LE DISPOSITIF "BUS MÉTHADONE"

Le bus méthadone MdM de Paris est un grand bus donné gracieusement par la RATP¹¹⁶ et réaménagé spécifiquement en fonction de son nouveau rôle : recevoir des usagers de drogues pour leur servir de la méthadone chaque jour de la semaine. Dans cette partie, nous décrivons les trois espaces de ce bus (accueil, espace médical, espace d'entretien) (1), son fonctionnement (2), le processus d'inclusion des usagers dans le programme de distribution de la méthadone (3), et enfin la réunion de travail de l'équipe du bus, réunion qui est hebdomadaire (4).

1°) Le bus

Le bus est d'aspect neutre, peu visible, bicolore blanc et bleu avec le logo de MdM. À l'arrêt des bus, beaucoup de gens confondent le bus MdM avec un bus ordinaire de la RATP. Certains se plaignent de voir ainsi passer le bus devant leur nez sans s'arrêter ! Une autre fois, un homme, le pied sur le marche-pied du bus, s'enquiert de la direction du bus. Un usager raconte une anecdote : une maman explique à sa petite fille, que ce n'est pas le bus qu'elles attendent, mais un bus qui aident les "gens malheureux". Alors, l'usager nous a dit qu'il a préféré attendre qu'elles montent dans le prochain bus pour qu'elles ne le voient pas monter dans le bus des "gens malheureux", parce qu'il les croise souvent. Tout le monde rit.

Le bus est scindé en deux dans le sens de la longueur, la partie la plus large formant couloir d'accueil le long duquel des banquettes un peu hautes permettent de s'appuyer ou de s'asseoir, en se hissant un peu. Au bout du couloir, le sas de distribution de la méthadone : une porte s'ouvre automatiquement, actionnée de l'intérieur du sas par les intervenants, dès que la place est vide. Derrière le sas se trouve l'espace entretien.

A) L'espace accueil

L'espace accueil commence dès l'entrée du bus, près du chauffeur, où se forme la queue des usagers. La moitié de la porte principale du bus est toujours fermée, bloquée de l'intérieur par une barre de fer, l'autre moitié s'ouvre par la pression d'un bouton situé sur le tableau de bord du chauffeur. On ne peut entrer dans le bus que un par un. Par opposition aux autres espaces du bus, c'est un espace ouvert, d'ailleurs si le temps le permet la porte restera ouverte sur l'extérieur.

¹¹⁶ Le bus est hébergé dans les garages RATP. Prochainement, ce vieux bus doit être changé et envoyé en Russie pour servir de bus de distribution de seringues. Un nouveau bus également offert par la RATP est en préparation.

Des affiches d'informations et de prévention sont collées aux parois : dès l'entrée, une affiche sur les horaires de la consultation juridique au lieu fixe, une autre prévient, comminatoire : "*Le bus part de Nation à 19 h 30. Aucun retard ne sera accepté. Organisez-vous*"; ce message est dupliqué juste à l'entrée du sas médical où on finit par être nez à nez avec la porte. On peut lire une grande affiche intitulée "*Comment se transmet l'hépatite C ?*" composée de textes courts en français et en chinois illustrant et traduisant des photos en couleur explicites par elles-mêmes. Suivent un tableau avec poches contenant de petits fascicules d'informations, puis une grande affiche sur les restos du cœur où sont inscrits les adresses, téléphones et horaires des centres de distribution, ceux des camions, ceux des repas chauds et ceux des relais du cœur. D'autres affiches sont des traductions en chinois et en russe. Il y a aussi une affiche sur les lieux, horaires d'ouverture et téléphone des centres de dépistage anonyme et gratuit, un grand plan du métro de Paris et enfin une affiche sur le traitement de prévention du SIDA.

Les tâches d'accueil se répartissent entre le chauffeur accueillant, et selon les jours, un autre accueillant, une bénévole, un stagiaire, voire, mais plus rarement, un "médical" (médecin ou infirmier)...

B) *L'espace médical*

Dans l'étroit couloir, réservé aux intervenants, qui mène de l'espace accueil vers le bar de distribution de méthadone, on trouve une affiche avec les adresses et téléphone du *Sleep in*, une autre informant sur les horaires d'ouverture de la consultation de médecine générale du centre médical de Marmottan, une affiche où est écrit en chinois "*quel est votre numéro de carte ? quelle est votre date de naissance ? année ? mois ? date ?*" avec sa traduction française. Plus près de l'espace accueil, au-dessus d'un évier qui n'est pas utilisé, il y a aussi une affiche intitulée "*En cas d'incidents*" : "*contrôles d'usagers aux alentours du camion, saisie de seringues, etc. prévenir en priorité monsieur untel au cabinet du Préfet au numéro de téléphone suivant, la préfecture de police au cabinet de monsieur le préfet numéro de téléphone, puis les numéros de téléphone des commissariats des 10, 11, 12, 18 et 19^{ème} arrondissements*".

Le sas médical est constitué d'un petit espace avec trois portes : celle qui donne sur l'espace accueil par laquelle les patients pénètrent, une porte sur la rue que les patients utilisent pour sortir, et une porte, systématiquement fermée à clé, qui donne vers le fond du bus où se trouve l'espace entretien. Dans le sas lui-même, une fontaine d'eau, des gobelets en plastique, une poubelle, une affiche d'information et de prévention du sida et le haut comptoir derrière lequel se tiennent les "médicaux", debout. L'ouverture et la fermeture de la porte d'entrée des usagers dans

ce sas individuel est actionnée à partir d'un bouton placé sous le bar de distribution. Sous le bar de distribution, il y a des préservatifs, des jetons, des kits de seringues, des embouts et des kits sniffs. Le personnel doit noter sur un tableau hebdomadaire la quantité de matériel distribué. La tenue de cette comptabilité semble aléatoire. La règle est de pouvoir donner jusqu'à 6 préservatifs, 3 kits par personne et par jour. On trouve aussi tout un tas de matériel divers, bien rangé dans des boîtes (cordes, matériel de bricolage, poste radio...).

C) L'espace entretien

L'espace entretien est situé au fond du bus. On y trouve des magazines, du thé, des infusions, du quatre-quarts. On y dépose sacs et manteaux, entrepose des gobelets en plastique, des serviettes en papier, en fait tout ce qu'il convient de protéger du vol. Nous n'avons pas observé d'entretiens qui se soient tenus dans cet espace, sauf un pansement fait par la stagiaire infirmière à un jeune chinois usager, ne parlant pas un mot de français.

2°) Le fonctionnement du bus

Le bus circule tous les jours de la semaine, 7 jours sur 7 (le traitement de méthadone doit être pris chaque jour) et toute l'année, jours fériés inclus. Le stationnement du bus dans un arrondissement est une tolérance municipale. Les stationnements sont d'une heure ou une heure et demie sur chaque lieu : gare de l'Est de 14 h 30 à 16 h 00, porte de la Chapelle de 16 h 30 à 17 h 30 et cours de Vincennes près de la Nation de 18 h 00 à 19 h 30. À 19 h 30, le chauffeur passe au local à Parmentier, puis va reconduire le bus au garage RATP. Le chauffeur gère l'approvisionnement en essence du bus. Au retour, le médecin ou l'infirmier rentre avec le bus à Parmentier et y laisse la méthadone, sous clef, et le cahier.

Le rendez-vous au lieu fixe est à 14 heures. Là on prend la méthadone, dûment pesée¹¹⁷, qui y est gardée sous clef, le cahier des remarques et si besoin les gobelets, préservatifs, kits... Le bus attend devant la porte et c'est le départ vers le premier lieu de stationnement à côté de la gare de l'Est. Le week-end, le bus stationne près du métro Château Landon, de l'autre côté de la gare. Ce changement est dû à la proximité d'une garderie d'enfants à côté du stationnement de semaine. Il s'agit d'éviter que les enfants et les parents ne se retrouvent nez à nez avec des usagers le week-

¹¹⁷ Le protocole concernant la méthadone est extrêmement précis et technique, les bidons sont pesés, les numéros de lots enregistrés, au retour il faut de nouveau peser les bidons, les laisser sous clef...

end. À chaque arrivée du bus dans un point de stationnement, il faut sortir le gros générateur d'électricité, un peu bruyant, qui permet d'avoir du chauffage, le fonctionnement de l'ouverture et de la fermeture des portes, celui de l'ordinateur, qui permet aussi de se faire un thé chaud. Souvent, un usager aide le chauffeur à sortir et brancher cet appareil. Pendant ce temps, le médecin ou infirmier installe le micro-ordinateur, le branche à la machine de distribution de méthadone, prépare le cahier. L'aide, un autre acteur qui n'est pas systématiquement un médical, installe la balance et vérifie la tare de la balance. Ces manipulations ont lieu à chaque arrêt (installation et rangement).

L'accueillant connaît toutes les têtes, s'il y a une nouvelle tête, il s'enquiert de ce que souhaite la personne. Il peut s'agir d'un nouveau, ou de quelqu'un qui cherche un copain, ou d'un ancien qui n'est plus dans le programme et qui vient dire bonjour. Ne montent dans le bus, en principe, que ceux qui viennent prendre leur méthadone. Ceux qui l'ont déjà prise ne peuvent revenir. La circulation à sens unique, qui est respectée le plus souvent, est aussi une mesure de sécurité. Un braquage de la méthadone n'est évidemment pas impossible. Apparemment, il n'y a jamais eu de problème de sécurité de cet ordre-là. Porte de la Chapelle, ce jour-là, il fait très froid et il n'y a pas grand-monde, ceux qui ont eu leur produit ressortent parfois par le sas et fument ou discutent au chaud. Gare de l'Est, il y a souvent affluence. Il faut surveiller la tenue de la file d'attente, certains veulent toujours passer avant les autres, ou remonter après avoir eu leur méthadone, éventuellement, il faut aussi contrôler la carte d'inclusion d'un usager qu'on ne reconnaît pas. Un jeune chinois, qui ne parle pas un mot de français et ne le comprend pas non plus, semble nouveau, peut-être a-t-il emprunté la carte de quelqu'un, car visiblement il ne connaît pas le bus et par où on doit passer, ni comment ça se passe, il s'est trompé de porte, puis de passage. Un accueillant signale la chose dans le sas, il faudra vérifier son inclusion. L'espace accueil est un espace de discussions collectives, comme il arrive lorsque l'on fait la queue, beaucoup se connaissent. En tant qu'observatrices, dans cet espace en forme de couloir réduit, on est nez à nez avec les usagers. Certains sont bavards, d'autres taiseux. Certains lisent des journaux en russe ou en chinois. Il y en a un qui monte avec son chien, un rotweiller, la muselière pendante. Parfois sur le site de gare de l'Est, il y a tellement de monde, on se retrouve à battre le pavé, dehors, comme les usagers. Après cela, le bus prend figure de refuge contre le froid ou l'anonymat de la rue.

La distribution s'organise. Le patient entre dans le sas médical, parfois serre les mains au-dessus du comptoir, parfois dit simplement bonjour ou sourit lorsqu'il ne parle pas français. Il donne ou montre son numéro de carte d'admission dans le programme, (quelquefois le "médical" s'en souvient par cœur), le "médical" le saisit sur l'ordinateur portable, un écran s'affiche avec le

numéro, le prénom, la date de naissance, la date d'entrée dans le programme, la dose de début, la dose actuelle, des informations particulières (autres consommations, statut sérologique...). L'infirmier ou le médecin appuie sur une touche, ce qui déclenche le distributeur de méthadone, la dose est versée dans un gobelet en plastique qui est ensuite pesé pour vérification sur une balance très précise¹¹⁸. Il s'agit là d'un matériel et d'un logiciel informatique, hollandais, extrêmement sophistiqués. La balance, de grande précision, très fragile, est protégée de la méthadone "qui s'infiltré partout". Une affichette au-dessus de la balance indique les équivalences dose-poids du produit. Les incidents matériels ne sont pas rares : il n'y a pas d'électricité, l'ordinateur n'a plus de batteries. Heureusement, il reste la balance de précision¹¹⁹, les usagers doivent eux-mêmes annoncer leur dose. L'infirmier en connaît un certain nombre par cœur. Tout est noté et sera rentré dans l'ordinateur et contrôlé *a posteriori*.

Le patient boit sa méthadone sur place, puis jette le gobelet dans la poubelle. Sinon, on lui rappelle fermement cette règle. Généralement, il prend un ou deux verres d'eau avec sa méthadone, soit séparément, soit pour la diluer ou rincer le contenant. C'est un produit très sucré qui abîme les dents. Il y a parfois un échange sur des sujets divers, le plus souvent c'est très rapide. Cela peut être le moment pour l'intervenant de rappeler qu'un passage au lieu fixe serait souhaitable pour régler un problème social, juridique ou sanitaire, ou peut-être pour ajuster la dose à la hausse ou à la baisse. C'est parfois le patient qui a des questions, pour lui, un copain, une copine, qui demande du doliprane (qu'on n'a pas nécessairement). Certains prennent un psychotrope, qui a toujours été prescrit au lieu fixe lors d'un rendez-vous auparavant. Un grand cahier est ouvert sur le comptoir à l'abri des regards et le médecin y inscrit éventuellement ses observations : un rendez-vous est pris à Parmentier, une information sur la situation du logement, l'avancement d'un dossier. S'il y en a qui veulent s'attarder, les "médicaux" leur disent de ne pas s'éterniser, qu'il y en a d'autres qui attendent, c'est dit amicalement et poliment mais fermement. Quatre heures d'accueil, pour une moyenne de 100 à 120 patients par jour, cela représente environ 2 minutes par patient. En fait les fréquentations sont très différentes selon les sites si bien que le temps moyen par patient sur le site de la gare de l'Est est plutôt d'une minute trente. L'accueil est réduit au minimum. Cependant, la plupart des gens, usagers et membres de l'équipe, se connaissent, se voient très souvent, échangent quelques mots, des signes de connivence et l'anonymat est moindre que celui qui est ressenti de prime abord, par les observatrices néophytes. Pour quelques usagers, ce mode de contact est à l'évidence recherché. L'un d'entre eux monte sans enlever son casque de moto. Certains viennent à un moment de liberté au milieu du travail :

¹¹⁸ Si la machine de distribution automatique de méthadone est en panne, éventuellement parce que l'électricité est en panne, il faut verser manuellement et peser chaque dose de méthadone, à moins d'avoir les flacons dose correspondants sous la main.

¹¹⁹ Pour laquelle certains usagers ne peuvent cacher une admiration de connaisseur.

un coursier, un garçon de café ; d'autres vivent dans la rue. Les patients du bus, qui ont une certaine insertion sociale, ne sont pas majoritaires mais existent significativement. L'intérêt de ce dispositif réside aussi en ce qu'il rend visibles des consommateurs généralement rendus invisibles par les travaux des chercheurs plutôt tournés vers les utilisateurs plus marginaux. Ces utilisateurs non marginaux n'en ont pas moins pour toutes sortes de raisons de réels problèmes d'accès au soin.

Le flux des patients étrangers ou d'origine étrangère, se fait par vagues : les Russes, assez jeunes, les Chinois, très jeunes, les Maghrébins, entre 30 et 40 ans, les Africains noirs entre 30 et 40 ans. À la gare de l'Est, l'une des "sinologues" nous a rejoints. Devant l'impossibilité de comprendre les usagers chinois, MDM a lancé un appel et trois à quatre personnes parlant chinois assurent une présence sur le bus le jeudi à gare de l'Est et à Nation. Ils assurent aussi une présence sur le PES.

Porte de la Chapelle, une jeune femme, prostituée, blanche et française apparemment, vient demander des préservatifs, on lui en donne, elle en demande d'autres pour sa copine. L'accueillant répond que la copine doit venir les chercher, la jeune femme s'énerve, explique qu'elle ne peut pas, on finit par lui en redonner. Après son départ, les intervenants expliquent que donner des préservatifs ce n'est pas leur boulot, ils le font pour dépanner mais tout à l'heure il y aura le bus du PES, le bus des femmes. Pour eux, donner des préservatifs, c'est aussi un moyen d'accroche, il ne faut pas leur supprimer cet outil de travail. C'est l'occasion de rappeler aux observatrices que les dispositifs ne sont pas des guichets.

3°) Les inclusions dans le programme

Les inclusions des usagers de drogues se font toujours au lieu fixe de MDM (A), et nécessitent un entretien (B).

A) Le lieu fixe

Pour entrer dans le bâtiment, il faut sonner à l'interphone d'un des étages sous le regard de la caméra vidéo, décliner son identité et attendre que l'on nous ouvre la porte. Une grande entrée en longueur mène à l'escalier clair, aux marches recouvertes d'un lino gris pas très neuf.

Le 3^{ème} étage du bâtiment accueille deux missions de MDM : le dispositif du bus PES et le dispositif du bus méthadone. Une petite entrée distribue à gauche un bureau fermé où se tiennent

les entretiens d'inclusion, face à une salle d'attente où figure au mur une grande affiche stipulant en français les conditions d'inclusion dans le programme. Entre ces deux pièces, on trouve les toilettes communes aux usagers et au personnel. À droite de l'espace entrée, une sorte de mini-bar à hauteur de poitrine (sous lequel se trouve tout le matériel rdr : kits...) et des petites portes battantes ouvrent sur un grand espace lumineux donnant sur une petite terrasse, vue sur les toits, style "plateau" de travail faisant office de secrétariat, pool téléphonique, photocopieuse où figurera pratiquement tout le temps de notre observation la feuille scotchée "en panne", espace documentaire, entrepôt des dossiers de suivi des usagers du programme, salle de réunion hebdomadaire, salles des équipes du bus PES et du bus méthadone avec leurs grilles d'emploi du temps affichées pour les trois semaines à venir (le prénom de chaque acteur est noté), leur petit tiroir casier personnel, entrepôt du matériel de rdr (kits), écran vidéo de la caméra de surveillance de l'entrée principale du bâtiment, porte manteaux, etc., avec au centre des tables-bureaux rassemblés en une seule grande plaque qui occupe presque tout l'espace et autour de laquelle tout le monde tourne. Si au premier abord, on perçoit cet espace spacieux, très vite, quand on l'utilise à plusieurs, on constate qu'il est trop petit.

Au fond de cette grande pièce, la personne référente des post-cures s'est installée un espace bureau personnel qu'elle partage avec l'un des intervenants du PES. Un grand paravent et deux grosses et hautes plantes vertes dissimulent un petit bureau équipé d'un ordinateur portable et d'un téléphone. Des cartes postales sont scotchées au mur du paravent, certainement des cartes d'usagers, envoyées depuis leur post-cure, et donnent une impression d'intimité. Quand on y est, on ne peut nous voir, deux personnes peuvent y tenir.

De cet espace "plateau", on peut se rendre dans le bureau de l'AS, le plus près des portes battantes, et dans celui des responsables de missions et des infirmières où sont entreposés la méthadone et les médicaments, et dont la porte est toujours ouverte.

B) Les entretiens

Peu de patients viennent consulter le matin, aussi les entretiens d'inclusion et les rendez-vous se font généralement l'après-midi, tous les après-midi, hormis le week-end et sans rendez-vous pour les inclusions. Les patients attendent leur tour en fonction de leur arrivée dans la salle d'attente. Il y a parfois du monde. Les usagers sont quelquefois envoyés par les structures de soins mais pour plus de la moitié d'entre eux c'est, semble-t-il, par le bouche-à-oreille que les usagers se dirigent vers le programme méthadone de MdM.

Les entretiens d'inclusion se font sur le mode du tutoiement (langage direct et de proximité), et face à face, un bureau sépare l'utilisateur de l'acteur. Ils comprennent un diagnostic clinique de la personne qui permet d'évaluer sa consommation de produits et un bilan de sa situation sociale. Cependant, on ne demande pas à l'utilisateur de s'inscrire dans un processus de soin : *"on prescrit de la méthadone même à ceux qui ne sont pas dans le soin"* nous dit la responsable de mission. Presque tous les membres de l'équipe, y compris les chauffeurs accueillants assurent la partie diagnostic social. Seul le personnel médical (médecin et infirmier sous le contrôle d'un médecin) est habilité à conduire l'entretien clinique, qui aboutit en cas d'inclusion à la prescription de la dose. Le diagnostic clinique est complété par la réalisation d'un test urinaire¹²⁰. Le test urinaire ne sera pas reconduit par la suite. L'entretien suit une trame régulière et fondée sur la passation de questionnaires. Il n'existe pas de méthodologie d'entretien et d'inclusion d'un patient dans le programme. Chacun est un peu laissé à lui-même pour mener cet entretien : *"moi je regarde les yeux, les mains, les ongles, j'utilise des techniques d'entretien classiques, je regarde comment la personne se tient, ses tenues, si elle a le regard fuyant ou pas, tout cela s'acquiert par la pratique, c'est le résultat de l'expérience. Il y a des critères objectifs... mais les critères sont subjectifs, c'est le feeling, on sent, avant les médecins avaient une position dogmatique, ils prenaient systématiquement les toxicomanes pour des menteurs, aujourd'hui, il y a plus de proximité"* (apl 10/intermédiaire). Le recours, l'aide et la sécurité du jugement professionnel (diagnostic, évaluation) consistent à faire doubler son diagnostic par un autre professionnel, le médecin *in fine*, et celui qui a le plus d'expérience. Si un doute surgit, la réponse est alors confrontée, exposée au débat, elle est en somme collective.

Les règles du programme sont données : les modifications de dose se font au lieu fixe ; en cas d'absence trois jours de suite, on baisse la dose ; si la personne disparaît deux mois et plus, il faut refaire une procédure d'inclusion ; en cas de violence, d'agression, il y a exclusion du programme. Si l'utilisateur fournit une photo d'identité, il reçoit tout de suite sa carte de patient du programme, avec photo et numéro de référence, l'anonymat est la règle. Il peut se rendre sur le champ au bus méthadone. À l'issue de l'entretien, le dossier du patient est constitué, avec son prénom et numéro, et sera rangé dans la salle "plateau", accessible à toute l'équipe. On note l'inclusion sur le cahier de suivi et on téléphone au bus pour avertir de la venue d'un nouvel utilisateur. La venue effective de l'utilisateur constituera un test de la qualité de la relation qui a pu s'établir.

Les refus d'inclusion concernent différents cas de figure : une personne jeune qui ne consomme pas depuis plus de six mois. Il peut se faire que des personnes cherchent davantage la prise en charge sociale que sanitaire. Le contrôle urinaire sert aussi à cela, s'assurer que la

¹²⁰ Ce test détecte la consommation d'opiacés, de cocaïne, de méthadone et de benzodiazépines.

personne consomme. Il y a sur une étagère des boîtes d'archives de dossiers de non inclus. Ils nous sont montrés expressément, comme étant la preuve de la non-automaticité de l'inclusion.

Au delà des entretiens d'inclusion, il y a les usagers déjà inclus, qui viennent consulter un médecin pour un renseignement médical, pour baisser ou augmenter leur dose de méthadone. Souvent, ils demandent à voir le médecin qui les a inclus dans le programme. Parfois également, pour parler de problèmes personnels avec le médecin en qui ils ont confiance. La règle est d'éviter les relations trop personnalisées, ce qui entrave une prise en charge collective ou polyvalente. Les autres types d'entretiens concernent la prise en charge sociale : demandes d'hébergements, ouverture de droits, aides financières, régularisations diverses. Une après-midi par semaine, une assistance juridique est offerte par une jeune femme, emploi jeune de la mairie de Paris, mise à disposition de MdM par le Conseil Départemental d'Accès aux Droits (CDAD).

4°) La réunion d'équipe

La réunion d'équipe hebdomadaire du bus méthadone se tient tous les mercredi matin de 10 à 12 h 00 environ. L'ensemble de l'équipe est censée y assister, en réalité la présence des médecins semble y être variable. Certains y font de brèves apparitions, ou demandent qu'on les appelle pour les cas difficiles.

Grosso modo, les personnes s'installent et se regroupent par statut autour de la table-plateau de réunion. Les stagiaires sont dos à la grande fenêtre et face aux bénévoles, les chauffeurs – accueillants font face aux médecins et aux infirmiers qui sont à côté des médecins, face à la porte d'entrée, près des dossiers. L'assistant social se fait une petite place entre les médecins et les infirmiers. L'observatrice est près de la porte d'entrée. Il peut arriver que les bénévoles se mélangent aux chauffeurs accueillants.

Les outils de travail sont le micro-ordinateur, les cahiers de suivi et les dossiers des patients qu'on sort en cas de besoin. Le *Cahier de suivi et de liaison des patients du bus méthadone*, journalier, est un grand cahier d'écolier à spirales et petits carreaux, où sont notées toutes les informations reçues, nécessaires au fonctionnement de l'équipe. C'est à partir de ce cahier qu'est organisé l'ordre du jour et le contenu de la réunion d'équipe.

La réunion commence par une revue des patients du bus qui posent des problèmes divers, tels que : une demande de prescription de méthadone pour le week-end pour un usager travaillant dans la restauration et qui doit servir lors d'un mariage en province, une demande de prescription de méthadone pour un usager qui part une semaine en vacances à l'étranger, une demande d'augmentation ou de diminution de méthadone, une exclusion, une orientation vers un CSST, un

accompagnement physique vers un CSST, une question d'hébergement (c'est généralement l'assistant social qui traite ces questions), une hospitalisation, l'organisation d'un relais entre une hospitalisation et une structure d'accueil, une question de liaison entre le bus et un CSST, la question de l'exclusion d'un usager d'un CSST et sa prise en charge sur le bus. Les usagers savent que la réunion d'équipe du mercredi est consacrée à l'étude de ce type de questions, certains anticipent. Dans un deuxième temps, on traite les nouveaux inclus, des retours, des traitements.

L'infirmier mène la réunion à partir du *Cahier de suivi*, il annonce le numéro et le prénom de l'utilisateur, tandis qu'un autre infirmier suit le dossier sur l'ordinateur. Selon les besoins, on va chercher le dossier cartonné de l'utilisateur. Chacun donne librement ses informations sur l'utilisateur à l'équipe mais ce sont surtout les médecins et les infirmiers qui échangent tandis que les autres écoutent et observent. Ils interviennent peu souvent et très ponctuellement. Quelquefois on discute d'une orientation, les noms de médecins ou de CSST circulent. C'est parfois l'occasion de faire le point sur les relations avec les partenaires ou d'ajuster ses propres pratiques : quelqu'un fait remarquer que certaines choses qu'il aurait besoin de savoir ne sont pas marquées dans le cahier du bus.

CHAPITRE 3

LES ACTEURS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PREMIÈRE LIGNE : QUE FONT-ILS ?

Ce que nous traitons dans ce chapitre, le travail concret des acteurs, dépend dans une certaine mesure des lieux observés mais pas entièrement. Bien des questions, notamment ce qui est ressenti du travail effectué, sont transversales à tous les acteurs et gagnent à être analysées pour tous sans différencier les dispositifs. L'analyse qui suit oscille donc entre ce qui est nécessairement spécifique à un lieu d'observation et ce qui peut être englobé dans une même analyse.

Après avoir décrit le contenu du travail et son éventuelle spécificité (I), nous verrons comment ces tâches sont vécues (II). Puis, au regard d'une proximité subie avec le pénal mais aussi pour saisir les dimensions normatives du travail de première ligne, nous avons étudié ce qui est relatif aux règles dans ce travail (III). Enfin l'étude d'un travail de service serait faussée si l'on ne prenait pas en compte la clientèle particulière de ces professionnels (IV). Toujours dans son aspect relationnel, mais à un niveau plus large et structurel, il faut aussi intégrer dans l'analyse du travail de rdr, les relations des acteurs de première ligne avec leurs partenaires (V).

I – LE CONTENU DU TRAVAIL

Considérant que la spécificité du travail réalisé par un groupe de personnes est constitutive de son identité, de sa culture professionnelle, nous nous sommes intéressées à décrire en détails l'activité déployée dans les dispositifs observés afin de mettre à jour d'éventuelles dynamiques de structuration ou de segmentation du groupe des acteurs. Outre nos propres observations, nous avons ainsi, dans les entretiens, toute une suite de questions sur le contenu du travail en lui-même. Il s'agissait en même temps de connaître la nature des différentes activités au sein des équipes avec éventuellement la répartition des tâches entre les membres de l'équipe et en même temps la spécificité du travail des équipes par rapport au monde extérieur. Nous avons combiné

pour cette description ce que les acteurs eux-mêmes disent de la spécificité de leur travail, comme les regards extérieurs qui sont portés sur eux.

Ce questionnement va nous conduire, comme on le verra plus précisément dans le chapitre suivant, à placer les acteurs à la croisée de multiples appartenances. Au delà du projet de rdr qui fonctionne comme un cadre dynamique qui donne son sens à l'activité du groupe, on voit émerger tout un système de références. Parfois, c'est la trajectoire du militant politique ou de l'éducation populaire qui organise les autres appartenances, parfois c'est l'appartenance à une association prestigieuse ayant pignon sur rue qui domine, enfin parfois, s'exprime l'ancrage dans une profession revisitée pour en exprimer les "vraies" dimensions que le cadre "normal" d'exercice ne favorise pas.

La description des tâches quotidiennes par les acteurs lors des entretiens fait ressortir deux dimensions dont la combinaison donne toute la complexité des dispositifs humains mis en place : d'un côté, on voit apparaître une certaine polyvalence des acteurs et de l'autre, parfois pour les mêmes, une spécificité voire des appartenances fortes à des professions établies. Nous aborderons donc successivement les tâches au sein des équipes, qui nous apparaissent comme des tâches partagées (1) puis celles qui nous apparaissent spécifiques selon les acteurs (2). Cependant, la spécificité de certaines tâches effectuées dans les dispositifs étudiés est aussi analysée par les acteurs comme une spécificité par rapport à ce qui se fait à l'extérieur de ce type de dispositifs. Ici, la spécificité n'est pas interne au groupe et susceptible d'agir comme un élément de différenciation au sein du groupe, mais analysée par rapport à l'extérieur, comme un facteur fort d'identité commune. Nous aborderons donc ce point en troisième lieu (3). Enfin, dans le contenu du travail, nous avons eu l'occasion de voir la place importante occupée par les réunions d'équipe (4).

1°) Les tâches partagées : l'accueil

Les tâches quotidiennes s'organisent d'abord autour de la fonction d'accueil à laquelle tous participent dans une certaine mesure. On va logiquement retrouver l'importance de l'accueil chez les acteurs qui travaillent dans une boutique ou un PES, mais aussi chez ceux du bus méthadone : la fonction semble centrale pour tous. Cette importance donnée à l'accueil tend quelquefois à gommer les spécialités professionnelles et pourrait donner l'impression d'une polyvalence généralisée et de l'interchangeabilité des acteurs. Par ailleurs, cette activité est souvent présentée de façon globale sans distinguer ses différentes fonctions, ce qui fait qu'on peut la présenter comme une activité que tous assument de façon indifférenciée. On verra cependant qu'il n'en est

rien, les observations de terrain en attestent, comme la co-existence dans les entretiens de deux discours opposés : l'un homogénéisant et l'autre faisant ressortir les spécialités professionnelles.

L'accueil est une activité qui répond à un certain nombre d'objectifs très précis. Cette activité recouvre toute une série de fonctions qu'on peut regrouper en trois catégories : la gestion des lieux (A), le travail d'accroche des usagers, d'information et d'orientation (B) et la collecte d'information (C).

A) La gestion des lieux

La gestion des lieux peut à son tour se décliner selon trois modalités : la gestion matérielle du lieu, la gestion du lieu en tant que dispositif par rapport au monde extérieur, et enfin la gestion du lieu par rapport aux usagers, c'est-à-dire le contrôle de la fréquentation.

i) **Le bon fonctionnement des lieux d'accueil** repose nécessairement sur un certain nombre de tâches matérielles. Ces tâches de gestion matérielle des lieux semblent se partager sans trop de difficultés dans les boutiques ou les PES. Il s'agit de préparer les lieux de l'accueil et de s'assurer qu'on a tout le matériel nécessaire : brochures d'information, préservatifs, seringues... L'accueil c'est donc d'abord un certain nombre de choses à préparer : *"s'assurer que le bus est propre et... un endroit correct pour accueillir les gens, s'assurer qu'il est chauffé et qu'il y a assez... c'est vrai que quand il fait super chaud il faut un peu d'eau, quand il fait froid du café chaud. Et euh... S'assurer que il y ait le matériel nécessaire, vérifier régulièrement pour pas qu'on se retrouve à court non plus... Après ça on se le divise c'est pas moi qui fais tout non plus..."* (apl 7/junior).

Le partage des tâches matérielles est souvent une référence forte qui renvoie à la notion de solidarité de l'équipe ou, tout au contraire, qui peut susciter des désaccords et des conflits dans le travail. Cette éventualité se retrouve peut-être d'autant plus, là où la division du travail est la moins formelle et encadrée, ce qui laisse du jeu aux initiatives individuelles, comme à une certaine forme de passivité, cette dernière pouvant encore être renforcée s'il y a un déficit de prise en charge de son rôle par "le chef" ou un refus de coopération d'un des acteurs. Le partage des tâches est aussi la loi de la nécessité, quand les conditions de travail sont celles d'un petit groupe et relativement précaires : chacun doit apporter sa débrouillardise pour que le projet fonctionne. Parfois de petites choses matérielles peuvent remettre en cause le fonctionnement de l'ensemble et c'est ressenti comme de la responsabilité de chacun de veiller à ce fonctionnement d'ensemble : le bon fonctionnement du projet repose effectivement sur la bonne volonté de tous. Nous avons pu particulièrement observer cela sur le bus de distribution de méthadone dont le fonctionnement suppose qu'un certain nombre de tâches techniques puissent être effectuées et

cela dans le cadre d'un horaire assez serré, la ponctualité des stationnements devant être avant tout assurée. Les incidents ne semblent pas rares, un jour c'est le grand bus qui refuse de démarrer alors que le chauffeur avait réussi à l'amener depuis le garage. Il faut faire vite, s'enquérir du petit bus, habituellement utilisé pour le PES. C'est là que chacun doit déployer sa polyvalence. L'infirmier part s'enquérir de ce petit bus. Nous rassemblons gobelets, méthadone, quelques flyers (sur les horaires de consultation à Marmottan). La machine à distribuer, qui délivre les doses demandées, reste nécessairement dans le grand bus, heureusement, nous avons la balance de précision pour mesurer les doses. Un autre jour, c'est le groupe électrogène qui ne fonctionne pas, le câble est déficient : pas de chauffage mais aussi pas de branchement pour l'ordinateur de bord ! *"On va tester l'autonomie de l'ordinateur"*. La *"débrouille"* est nécessaire pour faire face rapidement au dysfonctionnement que cela provoque. Entre deux stationnements, on s'arrête dans un café ami où on peut recharger l'ordinateur pendant la pause. On appelle quelqu'un au lieu fixe pour qu'il aille acheter un nouveau câble et qu'il l'amène (ce sera le psychiatre en moto), on attendra 2 h dans le froid. Les chauffeurs feront le branchement (*"on sait tout faire à MdM, même de l'électricité"* ! Quant au froid, il faut être philosophes *"c'est ça l'humanitaire"* ! Ainsi, si le partage des tâches semble répondre parfois à un discours fédérateur de l'équipe, il répond aussi à une nécessité. Pour toutes ces raisons, les tâches matérielles ne sauraient être dévolues à une seule personne. Elles sont partagées quel que soit le statut professionnel des personnes : à ce stade, l'accueil peut être une activité indifférenciée selon les compétences. *"Chacun a sa spécificité, mais tout le monde fait tout. C'est cela le principe. La psychologue fait les cafés ou discute avec la personne accueillie. L'assistante sociale de temps en temps fait aussi le métier de la psychologue. Bon moi aussi je fais tout. Je fais les courses, je vais avec eux, je lave la vaisselle, j'accueille, j'écoute. Tout le monde fait tout"* (apl 9/senior).

Affirmer ce partage, c'est l'occasion de se démarquer de la pratique institutionnelle de sa profession, pour se situer implicitement dans une démarche militante : *"Bon c'est vrai que a priori c'est pas dans le statut d'un psychologue de faire ça, bon c'est vrai que ça passe par des choses, s'occuper du linge..., c'est pas valorisant, il y a une tâche concrète à faire, mais au delà de la tâche concrète pour moi il y a un autre sens, c'est-à-dire ça apporte... Bon après on pourrait envisager qu'il y a une personne, moi je suis pas trop pour ces trucs-là, moi je suis plus à l'aise dans une structure où on éparpille les choses comme ça plutôt qu'il y ait une personne où c'est vraiment que des tâches comme ça..."* (apl 6/intermédiaire). De même cet autre acteur affirme : *"C'est pas parce que je suis médecin machin, on fait tous un petit peu tout"* (apl 2/junior).

Cependant, comme dans n'importe quel domaine où la règle est précisément l'absence formalisée de règle, il peut y avoir parfois des tensions : *"Après c'est partout pareil (...) il y a des gens qui disparaissent dès qu'il y a des choses à faire..."* (apl 7/junior). Cela dépend aussi de la taille de

l'équipe. Pour ce chauffeur, un "senior", il semble que l'interchangeabilité des rôles s'estompe un peu : *"Mais bon depuis que l'équipe a grossi, grossi. C'est vrai que c'est moins évident. C'est un peu normal aussi. Plus il y a de monde moins c'est la solidarité du début ; mais ça c'est logique. Ça change un peu tout ça pour tout dire"* (apl 14/senior). Du coup, la question de la division des tâches peut être l'objet de conflits professionnels et un sujet de réunion d'équipe, débattu collectivement.

ii) **La gestion du dispositif par rapport au monde extérieur** est un souci constant des équipes et la mission qui consiste à préserver l'acceptabilité par les habitants environnants des dispositifs mobiles ou fixes est essentielle. Les accueillants de ces dispositifs sont de fait à l'interface entre l'environnement immédiat, le dispositif et ceux qui le fréquentent. Ainsi, pour ce chauffeur de bus, il y a d'abord une responsabilité par rapport au lieu de stationnement *"Après on va sur les lieux. On va jeter un coup d'œil autour de temps en temps. On va ramasser les seringues au cas où il y en a autour. C'est pendant le lieu, après, avant"* (apl 4/ junior). Il s'agit, en respectant la propreté publique, de ne pas créer de nuisances, d'acquérir une image et une réputation aussi respectables que possible (notamment en se faisant oublier en dehors des heures de stationnement sur le lieu). Tous savent bien que la pérennité du dispositif est à ce prix. Mais pendant les heures de présence, il y a aussi un travail d'information à fournir, il arrive que des éducateurs viennent voir *"sur le bus il y a aussi un peu de prise de contact, allez voir ce qui se passe un peu dans le travail de rue, les pharmacies, les assos locales... Ouais un travail de partenariat"* (apl 3/junior).

À la boutique, c'est la survenue de l'incident "Jean Damien¹²¹" qui révèle le souci constant de ménager l'environnement : cet usager qui avait provoqué la venue des forces de police à la porte de la boutique a été momentanément exclu.

iii) Le dernier aspect de gestion des lieux consiste en un **contrôle de la fréquentation du lieu** et de ce qui s'y passe, en particulier la gestion de situations potentiellement violentes. On ne rentre pas librement dans la boutique, il faut sonner puis donner son prénom. Cette tâche en apparence anodine a même parfois été remplie par les observatrices, mais en cas de tension, elle revient immédiatement à un membre de l'équipe voire à un responsable hiérarchique. De même, pendant tout le temps d'ouverture des lieux d'accueil, une vigilance de tous les instants s'impose pour gérer les situations difficiles et désamorcer une violence toujours possible, comme le disent ces différents acteurs : *"Des fois ça peut être aussi gérer des gens qui ont consommé et qui piquent du nez¹²² (...) Ça peut être, calmer ceux qui sont excités"* (apl 4/junior) ; *"gérer aussi le côté collectif de l'endroit et les ambiances, les tensions, veiller à ce que ça se passe bien et tout quoi..."* (apl 8/junior) ; *"mais de l'autre côté, il y a une pression de tous les moments qui peut devenir très très forte. Il y a des cas de violence et mon rôle c'est de faire en sorte de protéger les équipes"* (apl 9/senior).

¹²¹ Cf. annexe.

¹²² La crainte de l'overdose est omniprésente.

En ce qui concerne le bus de distribution de la méthadone, le contrôle des flux d'entrants revient à l'ensemble des accueillants. Dans ce dispositif, en raison vraisemblablement du cadre légal strict de distribution du produit et des responsabilités en jeu, on observe une partition de l'équipe : d'emblée, on nous parle des "médicaux", qui incluent médecins et infirmiers y compris les stagiaires, et des "accueillants". En gros, les médicaux sont occupés par la distribution du produit et les accueillants sont chargés du contrôle des flux d'entrants. En cas de presse, ce travail s'apparente à celui du physionomiste à l'entrée d'une boîte de nuit. Il vaut mieux éviter de laisser monter quelqu'un qui n'est pas inscrit dans le programme. S'il y a peu de monde, les règles sont plus souples et la disponibilité plus grande.

L'accueil est un poste primordial de filtre et de contrôle de la file d'attente pour le bon fonctionnement du bus, ce qui suppose expérience et doigté : *"Déjà de filtre, de ne pas laisser monter des gens qui ne sont pas dans le bus... À l'accueil, le travail, il est là. Il est aussi de désamorcer très souvent les conflits. Il faut le faire tout de suite. Tu vois dans la file d'attente, combien de fois ils s'engueulent pour une place, pour... En même temps, il ne faut pas être trop autoritaire. C'est de cet ordre-là. Oui la violence c'est le plus..."* "Le" danger" (apl 14/senior). Ainsi en pratique les responsabilités médicales d'une part (il faut au moins un "médical" pour la distribution de méthadone) et les contraintes organisationnelles d'autre part (il faut en effet faire vite pour installer le groupe électrogène et la distribution de méthadone : mettre en place la balance, le bidon de méthadone, l'ordinateur et pouvoir distribuer le produit à l'heure attendue) conduisent à une certaine spécialisation des tâches. Cette dernière est parfois difficile à vivre pour les accueillants dont la fonction peut se trouver réduite par certains usagers à une simple fonction de contrôle. Ainsi, un chauffeur très sensible au fait que les usagers lui disent bonjour, est un peu en mal de considération : il insiste beaucoup sur l'importance de l'accueil et sa fonction de filtre mais *"c'est difficile, parce que nous, on a rien à donner alors que les médicaux donnent la méthadone, alors ceux [les usagers] qui nous prennent de haut, après dans le sas [de distribution du produit] ils deviennent tout doux"*.

B) Le travail d'accroche des usagers, d'information et d'orientation

Ce travail relationnel est le plus long à observer, il est le fait de tous même si les responsabilités particulières font que tous ne le pratiquent pas nécessairement de la même façon ni avec la même intensité. Il s'agit d'assurer présence et disponibilité, créer des liens et susciter en retour une demande, celle-ci pouvant dans un premier temps être réduite à sa plus simple expression : être reconnu en tant que personne, loin de tout stigmatisme, comme un proche : *"On reçoit les usagers ou les non-usagers sur le bus [d'échange de seringues]. On répond à leur demande. On leur*

pose des questions si jamais ils ne disent pas. Et on discute : "ça va..." et puis des fois on peut prendre juste des nouvelles sans l'air de rien. Ça permet de discuter sans faire passer un questionnaire. Comme si c'était des potes en fait ! Sauf que ce n'est pas des potes ! Mais on fait comme si quoi. Donc c'est de l'accueil essentiellement toute la journée. Voilà c'est tout ce qui est du dialogue, de l'accueil sans compter l'échange de seringue, la distribution de capotes, l'information sur le sida, sur l'hépatite et aussi sur le shit et l'alcool. Voilà c'est ça. C'est écoute, accueil, info" (apl 4/junior). Le travail d'accroche est essentiel, c'est ce qui fait qu'il ne s'agit pas d'un simple guichet. "Je pense qu'il faut vraiment des compétences d'écoute à mon avis. Et puis des compétences qui permettent d'établir un lien ce qui est difficile. Parce que l'usager qui rentre dans le bus, il ne vient pas forcément pour qu'on lui parle etc. Il vient souvent pour avoir son truc et repartir comme on voit aux urgences. (...) Donc c'est d'établir un lien qui permette à la personne de revenir. C'est de prendre son kit par exemple et de pouvoir revenir plus tard pour parler d'autre chose : sanitaire, social, de ce qui la préoccupe..." (partenaire 3/intermédiaire). Lorsqu'il s'agit d'un entretien avec un usager sur le bus, tous le font en fonction des disponibilités et affinités : "Et sinon au niveau des entretiens, quand il y en a sur le bus, cela peut aussi être fait par tout le monde (...) il peut avoir lieu à tout moment et avoir lieu par le biais de n'importe quelle personne de l'équipe. Parce qu'on travaille vraiment tous ensemble. Et tout le monde est capable de déterminer si une information qui est donnée par le biais d'une conversation banale peut être intéressante par rapport au patient et donc..." (apl 11/intermédiaire).

C'est dans cette dimension de l'accueil que s'exprime souvent toute l'ambiguïté du discours uniformisant. Si le travail d'accroche des usagers est présenté comme une tâche que tout le monde peut faire avec un peu d'expérience et des qualités personnelles adéquates (a), il n'en demeure pas moins que les compétences et les appartenances professionnelles colorent la qualité de l'accueil, voire en sont un élément constituant (b).

a) Des compétences personnelles plus que professionnelles...

Le travail d'accueil au lieu fixe où sont donnés les rendez-vous d'inclusion dans le programme du bus méthadone, est dans une certaine mesure indifférencié. C'est un travail présenté comme quelque chose que chacun peut faire avec un peu d'habitude, en mobilisant ses compétences relationnelles. "Donc l'accueil peut être fait par un chauffeur accueillant, un soignant ou un bénévole et éventuellement par un stagiaire ou un élève infirmier à partir du moment où il est là depuis quelque temps" (apl 11/intermédiaire). Il y a un autre aspect, comme nous avons pu l'observer qui est partagé, c'est la réalisation des entretiens aussi bien de routine que d'inclusion dans le programme (à l'exception de la partie médicale elle-même de l'entretien, celle qui conduit à la prescription). Ainsi ce chauffeur a lui-même étendu le champ de ses responsabilités, la limite étant la

distribution de méthadone sur le bus, tâche pour laquelle il ne pourra être qu'auxiliaire en raison de la responsabilité médicale en jeu : *"on a toujours appris à bosser vraiment comme ça. Je ne vais pas faire une ordonnance c'est clair. Mais pour tout ce qui est... on a toujours tourné. Il n'y a pas eu trop de... parce que bon pour faire une inclusion, il faut aussi avoir le rapport, savoir le faire. C'est pour ça aussi une fois qu'on voit que tu peux le faire, tu le fais. À peu près tout ce que tu peux faire tu le fais. Enfin bon moi je vois ça comme ça en gros. Je n'ai pas un poste bien déterminé en gros. Tu regardes concrètement. Sur le bus je ne suis pas qu'à l'entrée en train de faire l'accueillant comme on pourrait croire. C'est-à-dire je reste et je fais l'accueil. Je fais plus que ça. Tu l'as vu par toi-même. Je sers la métha. Je fais les enquêtes"* (apl 14/senior).

Pour ce chauffeur recruté, d'après lui, sur des critères essentialistes au delà de sa compétence de chauffeur, la qualité de l'accueil tient précisément à la proximité qu'il sait créer avec les usagers, notamment par le recours à l'humour : *"Oui, oui j'ai un rôle aussi avec eux parce que je plaisante beaucoup avec eux, je me permets plein de choses avec eux, on plaisante, je les taquine, ça permet de... comment dire... je trouve pas le mot... ça désamorce plein de choses je veux dire, ça désamorce les conflits, et puis il y a un lien à travers la plaisanterie toujours même si il y a des choses difficiles parfois on peut les dire en plaisantant et ça marche très bien, très bien, il n'y a pas de tensions, il n'y a rien"* (apl 1/senior).

Pour cet accueillant, moniteur éducateur, son travail recouvre tout le spectre des activités des intervenants, même ceux qui ont une spécificité professionnelle. Au-delà, il y a aussi une mobilisation de compétences individuelles comme l'informatique ou la cuisine : *"Comme je suis un des seuls intervenants à avoir été embauché pour être sur la boutique et sur le bus... Mon travail il est vraiment large... Si on se cantonne à la boutique c'est de l'accueil, des discussions, l'écoute... selon les disponibilités je peux être purement éducatif, parfois assistant social euh... faire de l'orientation, informaticien pour débloquer le PC, cuisinier... donc multifonctions, sur le bus c'est pareil voilà de l'accueil, de l'écoute... De la prévention, plus de prévention quand même, d'information... d'orientation..."* (apl 3/junior).

Cet aspect de l'accueil, non différencié selon les spécialités de chacun, a plusieurs effets en ce qui concerne l'équipe d'une part et les usagers d'autre part.

- Pour ce qui est de l'équipe, la polyvalence gomme les appartenances professionnelles et fédère les hétérogénéités de l'équipe dans le projet commun. De ce point de vue, elle a une fonction idéologique très forte, de création de références communes et d'affirmation de l'importance des qualités personnelles, indispensables à l'exercice de cette activité. Par ailleurs, la polyvalence repose aussi sur l'absence volontaire de signe d'appartenance à une profession. Aucun signe vestimentaire ne distingue les acteurs. De ce fait, aucune institution ne vient médiatiser la relation avec l'utilisateur, les acteurs sont donc très concrètement en première ligne, sans protection institutionnelle autre que leur statut de salarié de l'association, devant trouver en eux-mêmes plutôt que dans la profession qu'ils peuvent représenter ou la position hiérarchique

qu'ils occupent, les ressources nécessaires à leur action et la légitimité de leur intervention. Cette mobilisation très directe de l'ensemble des ressources personnelles y compris des caractéristiques "essentialistes" des acteurs (comme l'âge, l'apparence physique ou le sexe par exemple) est parfois soulignée comme une complexité ou une difficulté particulière à ce travail : *"c'est un lieu avec qui on est quand même en grande proximité avec les gens... ne serait-ce que... en hôpitaux ils ont des blouses. Il n'y a pas de mise à distance de statut aussi importante qu'ailleurs... il se trouve que par ailleurs on a quand même beaucoup d'hommes, on est à peu près dans les mêmes zones d'âge et du coup je pense qu'il y a des choses liées à la sexualité au sens large du terme qui sont pas facilement faciles à gérer et en parler c'est compliqué bon"* (apl 6/intermédiaire).

On peut aussi penser qu'une telle mobilisation des ressources personnelles participe de l'usure des personnes dans ce type de travail¹²³.

- Le gommage des appartenances professionnelles a aussi pour effet de créer un espace non professionnalisé, neutre, où l'usager de drogues n'est pas lui-même renvoyé à son identité de toxicomane accueilli ou pris en charge en tant que tel. En ce sens, ce gommage des statuts fait partie du travail de réduction des distances et de cette disponibilité à la personne qui est fondamentalement à la base du travail de proximité. Avant d'être un médecin ou un assistant social, l'accueillant est d'abord un proche : *"Je peux être le psychiatre en situation psychiatrique et je peux être médecin généraliste ou un accompagnateur. Je ne peux pas m'étiqueter complètement dans une logique de prise en charge très psychiatrique par exemple"* (apl 15/intermédiaire). Pour cet autre intervenant, la position de non-jugement suppose cet effacement professionnel : *"Enfin c'est ma vision à moi. C'est faire en sorte d'être professionnel sans l'être... sans l'afficher... Je pense que le fait d'avoir un statut, d'être cité psychologue, médecin, éducateur... certaines personnes ça les bloque. Donc moi le rôle que j'ai à jouer, c'est celui qui n'a pas d'étiquette mais qui sait de quoi il parle et qui sait quoi faire"* (apl 4/junior). C'est ainsi que pour l'observateur néophyte, une boutique peut se rapprocher par beaucoup d'aspects de ce que serait un café de quartier. L'accueil est une activité peu formalisée, ce qui peut dérouter au départ : *"dans la boutique, on a tous une partie du travail en commun, c'est l'accueil et euh.... Chacun de nous on a nos compétences particulières, le premier boulot c'est l'accueil, la présence à la boutique, c'est un truc au début j'avais l'impression de ne rien faire, quand je suis arrivé ici, j'avais l'impression de rien faire, l'impression d'être assis sur un canapé toute la journée et en vérité c'est du boulot, c'est du boulot d'être toujours disponible aux usagers quand il faut. Et à côté de ça, moi ma spécificité, je suis le social on va dire des usagers"* (apl 8/junior).

¹²³ L'une des solutions apportées à ces difficultés est la venue à intervalles réguliers dans l'équipe d'une personne extérieure, un superviseur, dont le travail consiste à faire surgir ces non-dits.

b) Des compétences professionnelles plus ou moins revendiquées

Ce n'est que lorsque l'observateur commence à mieux connaître les usagers et les accueillants qu'il peut percevoir la coloration professionnelle spécifique qui transparait dans l'accueil fait à chacun. Ces observations ne peuvent se faire que dans la durée. Les acteurs eux-mêmes décrivent cette disponibilité non dénuée d'arrière-pensées selon les responsabilités de chacun : l'accueil du médecin ou de l'infirmière n'est pas celui de l'assistant social, qui n'est pas celui du psychologue ou du psychiatre ou de l'éducateur, tout simplement parce que les services susceptibles d'être proposés ne sont pas les mêmes : *"Donc la partie centrale c'est l'accueil parce que c'est là que je me rends compte de ce que je peux faire, je ne fais rien au hasard. Mes actions sont basées sur ce que je perçois auprès des usagers de tous les jours. Et, ensuite, le partenariat, c'est pas que ce soit accessoire mais c'est la partie qui vient après ce que je ressens ou ce que je perçois de la phase accueil de tous les jours. Je travaille en fonction de ça"* (apl 2/junior). Les professionnels diplômés reconnaissent parfois leur spécificité au contact des diplômés d'autres professions ou de non-diplômés : *"Je suis sans doute une des personnes qui est le plus carré, du coup je pense que c'est ma formation qui est très on fait comme ci, comme ça, tac, tac, tac..."* (apl 6/intermédiaire). *"Longtemps je me suis senti acteur de première ligne et en fait si je réfléchis un peu je pense que je suis un mixte, jambon-fromage (rire), parce que euh... j'ai mis un peu de temps à m'en rendre compte mais j'ai quand même une façon de travailler et une pratique qui a été influencée par mes trois ans de formation quoi. (...) je me rends compte, mine de rien, de l'influence de ma formation. Parfois, j'ai une vision du travail qui diffère un peu..."* (apl 8/junior). *"[Acteur de première ligne] c'est des dénominations qui veulent pas dire grand-chose pour moi, je suis d'abord médecin (...) je suis médecin avant tout"* (apl 2/junior).

Ainsi, c'est autour de ces tâches d'accroche, d'information et d'orientation des usagers que se révèlent les appartenances professionnelles spécifiques et les responsabilités, ce que nous examinerons plus loin.

La dernière fonction de l'accueil est une fonction de collecte d'information et par ce biais, elle agit comme une formation permanente des accueillants.

C) *La collecte d'informations*

Parmi les arrière-pensées de l'accueillant, il y a aussi l'idée de glaner des informations. C'est un poste d'observation des gens et de ce qui se passe dans la rue : *"Je peux très souvent discuter avec les gars et ça ne paraît pas grand-chose et c'est là qu'on apprend les choses qui se dealent le plus. C'est comme ça entre deux trucs. Le gars en attendant, ou devant le bus, tac, tac... l'échange tu prends des choses, t'en donnes. C'est ça en fait. Et pareil pour le reste. Un peu tout en fait"* (apl 14/senior). Il s'agit en effet pour rester légitime

de "rester dans le coup" et c'est cela qui permet de retravailler les messages de prévention et aussi de faire remonter les informations. Certaines structures du dispositif bas seuil sont utilisées par le système "Trend" mis en place par l'OFDT pour faire remonter des informations sur les produits, les usages et les modalités d'usage¹²⁴. Capter la nouveauté sur le terrain, c'est ce qui permet une réactivité très grande aux risques comme la mise en place de la distribution de kits de sniff propres. Le travail de rue est plus ou moins poussé selon les dispositifs (aller dans les squats) et les clientèles (travail en direction des étudiants de Nanterre).

Dans certains cas, la collecte d'informations auprès des usagers est relativement explicite : par exemple, au cours de la réunion des usagers, on invite ceux qui sont concernés par l'injection à se prononcer sur un nouveau matériel (un laboratoire propose des seringues à un tarif beaucoup plus avantageux). Les usagers sont mis en position d'expertise, histoire de diversifier les identités et aussi de les valoriser et de les responsabiliser. Mais les situations sont aussi exploitées dans toutes leurs dimensions, c'est bien sûr l'occasion de parler de l'injection, des pratiques et aussi de ce qu'on injecte.

2°) Les tâches spécifiques à l'intérieur des équipes

Dans la description des tâches par les différents acteurs, certaines apparaissent comme spécifiques, soit en raison de la position hiérarchique de l'acteur (coordonner, prévoir, protéger...) (A), soit en raison de sa compétence technique (médicale, éducative, psychologique ou sociale) (B).

A) La spécificité des tâches hiérarchiques

Comme dans n'importe quel contexte professionnel, les responsables ont des tâches particulières de gestion du projet de l'équipe et de gestion de l'équipe. Le travail est en même temps un travail de conception et d'exécution des projets mais aussi de gestion des personnes.

Ainsi ceux qui portent le projet sont un peu des "entrepreneurs sociaux", responsables et soucieux de la gestion mais aussi du développement de leur structure, de l'accroissement des champs d'intervention : *"Il y a aussi gestion de projet en fait parce que gestion de projet, c'est s'assurer de la bonne marche entre guillemets des programmes qui sont en route et puis aller gratter d'autres types de programmes*

¹²⁴ OFDT, 2000.

qui correspondent à notre objet ou qui nous permettraient d'avoir une plus grande surface d'action ou plus de moyens" (apl 16/senior).

Tel autre acteur se fixe un triple objectif : remonter le taux de fréquentation du bus d'échanges de seringues en le rendant plus visible grâce à sa régularité et sa ponctualité, faire fonctionner efficacement l'équipe du bus et tenter de démarrer un travail communautaire. Tel autre encore insiste beaucoup sur son rôle de chef d'équipe et l'aspect "gestion des ressources humaines" dans un contexte de compétences diversifiées : au delà de l'encadrement et de la nécessité de faire respecter les règles au travail, il souligne aussi sa responsabilité particulière de protection de l'équipe : *"Moi mon rôle c'est de coordonner. (...). D'un autre côté, je dois m'occuper des usagers et de l'équipe. Il faut préserver l'équipe. Il faut faire en sorte que cette préservation, cela ne soit pas une reculade corporative d'un côté et qu'il y ait toujours présent dans le débat le fait que nous accueillons des gens qui sont laissés en difficulté et que nous devons faire du lien social. Et d'essayer de donner une perpétuité à ce travail-là et de garder l'aspect multiculturel justement des équipes. Et de garder le fait qu'il y ait des compétences qu'il faut garder à ce niveau-là... la psy, le travailleur social, celui qui s'occupe... l'assistante sociale, l'infirmière et faire en sorte qu'après l'accueil, il y ait un espace de débat où chacun exprime sans crainte et sans tabou les choses qui sont sorties pendant la journée, la stratégie pour le lendemain. (...) Moi je tiens beaucoup à ce qu'elle soit faite cette réunion-là. (...) Je pense que c'est un des moments décisifs de la journée" (apl 9/senior).* Il s'agit ici de la réunion collective qui clôt chaque journée de travail à la boutique.

Si le travail du responsable s'apparente à celui d'une petite entreprise, il a aussi sa marque propre selon les caractéristiques des dispositifs : ainsi dans tel cas, la place particulière faite aux professionnels non diplômés, dans tel autre la mise en place du travail communautaire, entendu comme une collaboration et une responsabilisation des usagers du dispositif. Cependant, la part de spécificité qui en découle n'est pas nécessairement revendiquée ni par conséquent construite en tant que telle. Pour l'acteur qui s'exprime ci-dessous, le dispositif dont il a la charge représente une modalité certes particulière du travail social mais s'inscrit pleinement dans ce cadre : *"Tu gères un centre social, une MJC, un foyer de l'enfance... Il y a de toutes façons des invariants de gestion de personnel, de gestion financière, de gestion de projets. Par contre, d'essayer de mettre un peu plus de sauce communautaire et d'essayer de changer les rapports salariés, usagers. Cela ne se fait pas partout je pense. C'est un boulot. Il y a plus ou moins de succès. Mais on est parti là-dedans. Travail d'utilisateur de drogue actif, je pense que ce n'est pas banal non plus. Et de le revendiquer en tant que tel, ce n'est pas banal non plus. Même si c'est partagé par plein de nos camarades qui bossent dans le même type de programme. En tous cas identiques ou comparables. Sachez que ce n'est quand même pas courant. Ça c'est clair. Sinon oui, c'est un champ particulier avec un public particulier et des pratiques professionnelles particulières. Mais de mon point de vue, cela rentre parfaitement dans le champ du social.*

*travail social plus généralement*¹²⁵. Enfin ce n'est pas... Monter un accueil, cela n'a rien d'extraordinaire. Après ce qui va l'être, c'est la façon dont cela se passe et avec quel public. Le public avec lequel cela se passe. Dans un truc qui soit le moins contrôle social possible évidemment" (apl 16/senior).

B) La spécificité des tâches techniques

Le médecin reste la profession qui, dans les représentations, apparaît comme la plus spécifique. Elle apparaît comme telle dans le regard et le comportement des non-médecins tel cet acteur : "Je ne vais pas faire une ordonnance c'est clair", et plus loin : "Y a beaucoup de choses que je ne peux pas faire que les autres font, prescrire" (apl 2/junior). Il estime même nécessaire d'avoir une certaine honnêteté à cet égard : "Il sait que je ne suis pas médecin parce que je le dis tout de suite".

Dans le cadre du bus méthadone, le clivage entre "médicaux" (médecins et infirmiers) et "accueillants" est dû entre autres à la nature technique du travail de distribution de la méthadone : cela entraîne une responsabilité médicale et tous ne peuvent donc pas le faire. Le clivage entre les "médicaux" et les "autres" est plus ou moins net selon les cas et les personnes. Cela apparaît lorsqu'il y a un conflit ou une situation inédite : par exemple, un manque de personnel pour la distribution de méthadone sur le bus ou une discussion en réunion sur la question de l'exclusion d'un patient problématique. Sur le terrain, les observatrices n'ont eu que très exceptionnellement un rôle d'aide à la distribution de méthadone : dans un cas, il a été clairement refusé, dans un autre, la composition de l'équipe étant différente, il a été très ponctuellement possible. Par contre, une stagiaire infirmière de passage une demi-journée sur le bus s'est vue spontanément proposer de le faire, étant par sa formation d'infirmière légitime pour cet apprentissage : "Ensuite la distribution par contre il doit forcément y avoir un soignant. Cela fait partie du décret, de la loi : la méthadone en tant que produit stupéfiant ne peut être donnée et manipulée que par des soignants avec la possibilité... pareille... qui est donnée à des élèves infirmiers de manipuler la métha ainsi qu'à des médecins stagiaires. Et éventuellement les bénévoles qu'on a et qu'on a formés, peuvent aussi accéder à la métha. Sachant que c'est quand même le soignant qui détermine, qui tape sur l'ordinateur pour envoyer les doses. Moi en tout cas j'y tiens beaucoup parce que c'est nous qui sommes responsables de la distribution sur le bus et de ce fait-là si on détache trop les activités... Après cela peut poser un problème s'il y a un souci d'erreur de dose ou alors de distribution de dose à quelqu'un qui était complètement défoncé et après il y a un problème" (apl 11/intermédiaire).

Mais ce clivage peut être vécu en-dehors du seul cadre des tâches techniques. Ainsi, lors d'une réunion d'équipe, nous avons pu observer une cristallisation des deux groupes, les "médicaux" et les "accueillants", en l'occurrence "des chauffeurs accueillants", sur la question de

¹²⁵ C'est nous qui soulignons.

l'exclusion d'un patient difficile. La situation était la suivante : Jean, un usager, a cassé un carreau au deuxième étage du lieu d'accueil fixe, on a continué à le servir en méthadone, en lui signalant qu'il doit se calmer. Il s'énerve dans le bus, énerve les autres. Il veut un hébergement, il est menaçant. Un "médical" veut l'exclure. Un chauffeur proteste : "*c'est pas logique. Il y en a d'autres qu'on jette pas. On va le conforter dans son sentiment d'exclusion*". Discussion générale : le chauffeur dit que lui aussi, il a envie d'étrangler (sic) cet usager, mais il maintient son point de vue : "*on ne peut pas l'exclure sans relais*", puis passe à l'attaque : "*à l'inclusion vous prenez n'importe qui, après c'est trop tard !*". Les "médicaux" protestent : "*c'est notre boulot*". Puis en réponse à une remarque d'un autre chauffeur sur les limites de sa compétence, le premier chauffeur s'indigne : "*oui, ça me regarde, ça me regarde parce que je le vois à l'accueil*"¹²⁶. On perçoit ici la dimension essentiellement collective du travail, dans le sens où l'appréciation que fait un acteur d'une situation, voire l'erreur qu'il commet, dans sa tâche et sa responsabilité spécifiques, se répercutent sur la tâche d'un autre et la rend problématique. Ce petit incident révèle aussi que sur une question disciplinaire et non technique¹²⁷, où la décision revient en définitive au chef de projet, la partition de l'équipe s'est faite malgré tout, autour de ces deux pôles : les "médicaux" et les autres, la légitimité de la décision finale se jouant autour de l'appartenance à ces groupes. On voit que dans un conflit de travail, quel qu'il soit et quelle que soit son origine, le dernier mot revient à l'acteur le plus légitime, ici les médicaux. C'est une de ces situations qui peut nourrir un sentiment de déficit de reconnaissance des acteurs non diplômés.

Par ailleurs, même quand les tâches ne sont pas techniques, il n'est pas indifférent semble-t-il qu'elles soient faites par des professionnels, en particulier par des médecins : "*c'est très sympa la relation, oui c'est très sympa et tout, mais il y a un moment où ces gens ils sont en demande d'une relation clinique et que cette relation clinique, il n'y a que les médecins qui peuvent la donner. C'est comme ça. Et c'est là peut-être le petit pivot qui est important*" (responsable associatif 7/senior). Cette affirmation claire du besoin d'une présence médicale dès la phase de prévention, en particulier sur un PES, est caractéristique du discours entendu à MdM¹²⁸. Le médecin peut donner les informations tout de suite sur les produits, les médicaments, les formes galéniques. Aussi "*la parole d'un médecin, ça compte, les messages portent mieux*". Mais aussi, parce que dans les représentations des usagers, le médecin est celui qui sait le mieux.

Le travail social constitue aussi une spécialité propre bien identifiée. Dans le cas de cet assistant social, le travail accompli est bien celui de sa spécialité professionnelle. Le travail

¹²⁶ Au final, ce patient a été exclu avec préavis. Il est venu au bus, on lui a signifié son exclusion mais en lui donnant sa dose pour la journée. Il n'a pas protesté.

¹²⁷ Toutefois la question disciplinaire révèle la question technique posée comme la capacité à évaluer l'inclusion d'un usager dans le programme.

¹²⁸ Toutes les associations ne partagent pas ce point de vue, en particulier semble-t-il, Médecins sans Frontières.

consiste à faire accéder aux droits sociaux, soit par une prise en charge directe, soit par une réorientation vers d'autres structures. *"Mon travail consiste à accueillir des gens qui me sont envoyés par le terrain et que moi-même je vois sur le terrain afin de leur permettre d'avoir accès à tous les avantages sociaux auxquels ils peuvent avoir droit ou peuvent prétendre. Mais qu'ils n'ont pas : couverture sociale, ressources, logement. Alors cela passe par des orientations que je peux faire. Si je sens que des réponses plus adaptées peuvent être données par d'autres structures ; cela passe par des réponses que je fournis moi-même en terme d'hébergement d'urgence ou de prise en charge dans la mesure où il est nécessaire de regrouper dans un seul lieu toutes les aides qui peuvent être données de façon à ce qu'il y ait une cohérence dans l'action"* (apl 12/senior). Il y a donc une première étape d'accueil et d'appréciation des situations en particulier en termes d'hébergement d'urgence *"Souvent on prend les premières mesures. On met quelqu'un à l'hôtel pour lui permettre de se reposer et d'effectuer ses démarches. Et puis après à lui de faire ses démarches"* (apl 12/senior).

Le travail consiste aussi à faire l'interface avec la prise en charge de droit commun, ce qui suppose un travail avec les usagers d'une part et avec les partenaires institutionnels d'autre part. Ainsi, il y a un travail en amont qui consiste à préparer l'utilisateur au contact avec les institutions : *"... il faut préparer le terrain. Il faut décrypter les représentations sociales que l'utilisateur se fait de ces structures. Mais lui dire ce qu'il peut attendre, quelle est la fonction de la personne qu'il va rencontrer, ce qu'elle va pouvoir faire (...) cela lui apprend à savoir quels sont les critères d'admission au bénéfice de certaines aides. Quand il faut les demander, à quel moment dans le mois. (...) Comprendre le système et faciliter l'accès à ceci, cela"* (apl 12/senior). Et il y a un travail en aval qui consiste à faciliter les contacts avec les partenaires institutionnels : *"Alors cela fait partie de mon travail aussi, auprès des services enquêteurs, des centres d'action sociaux, des arrondissements pour obtenir des avantages : des aides au loyer, une aide à EDF ou une aide à l'assurance d'un appartement ou d'autres types de services. C'est la fonction de médiation dans laquelle on est principalement installé"* (apl 12/senior).

Ce travail en aval se fait souvent avec des alter ego d'autres institutions, de médecin à médecin, d'assistant social à assistant social, comme nous le verrons dans la description des réseaux partenariaux.

Pour ce partenaire extérieur aux dispositifs, même l'accueil se ressent de la spécificité professionnelle des acteurs : *"Moi je pense que ce n'est pas pareil d'être psychologue, de faire de la prévention et de ne pas avoir de formation et de faire de la prévention des risques. Pour moi quelqu'un qui est sans formation s'apparente à une hôtesse d'accueil comme on a nous ici. Une hôtesse d'accueil qui sait comprendre, recevoir, cerner la problématique. Ce n'est pas une hôtesse d'accueil d'un hôtel. C'est quelqu'un de spécialisé pour analyser, orienter, écouter, voilà. Et puis le psychologue qui fait de la réduction des risques, c'est un psychologue. Moi je vois plutôt les choses comme ça. Je ne pense pas qu'on puisse mettre tout le monde dans le même sac, j'allais dire. Je ne pense pas qu'on puisse faire une catégorie acteur de prévention des risques. Je ne pense pas. (...) Je pense vraiment*

qu'il faut conserver la diversité des fonctions dans ce domaine. Ce n'est pas un métier la réduction des risques. C'est un outil. Il y a différents professionnels qui peuvent utiliser cet outil" (partenaire 3/intermédiaire). Bref la rdr, ce serait une dimension particulière d'une activité professionnelle.

3°) La spécificité du travail effectué, par rapport à l'extérieur

Parmi les responsables que nous avons interrogés, chacun a bien sûr à cœur de décrire la spécificité du dispositif à la définition duquel il participe, par rapport à d'autres dispositifs. Cela permet de donner sa place au dispositif, d'abord au sens de l'espace qu'il occupe dans un champ, ensuite au sens de ses relations avec les autres. En effet, si chaque dispositif occupe un espace que d'autres types de dispositifs n'occupent pas, chacun se situe aussi dans un ensemble, voire sur une chaîne, et prend tout son sens par rapport à ses relations aux autres. Les relations avec les partenaires, la position occupée dans le réseau participent de la construction de l'identité collective du dispositif.

A) Des savoir faire définis en creux

Si le travail des acteurs de première ligne exige des savoir-faire particuliers, il est rarement défini comme porteur d'une spécificité professionnelle en soi. Ces savoir-faire sont ceux de tout travail de proximité, même si dans quelques cas la présence d'usagers ou d'ex-usagers apporte une dimension particulière. Il s'agit plutôt d'une disposition d'esprit. Beaucoup de personnes peuvent l'avoir à un moment donné de leur trajectoire. L'important c'est "*d'avoir la pêche de la rue*" (part 4/senior). La place du dispositif est souvent définie en creux, c'est celle que les autres n'occupent pas et tout le savoir-faire qui y est déployé se définit aussi par rapport à ce que les autres ne font pas. Finalement s'il y a construction d'un monopole d'intervention il s'agit d'un monopole par défaut.

C'est ainsi une spécificité qui a beaucoup de mal à se définir, qui ne s'inscrit pas dans un cadre professionnel définissable, qui est quelque chose de constitutif d'une dynamique professionnelle ou personnelle et qu'on ne perçoit pleinement que par rapport aux autres, quand on les voit faire : "*Oui on a peut-être une manière (...) le savoir-faire. Mais ce n'est pas facile parce que c'est du quotidien, c'est du contact, c'est des choses peut-être un peu difficiles. On ne va pas en faire une théorie non plus. (...) C'est intéressant aussi un certain savoir-faire parce que quand on se balade un peu dans les CSST, on s'aperçoit bien que nous, on ne fait pas comme ça*" (apl 10/intermédiaire). Ce sentiment d'agir

différemment ne peut naître que d'une confrontation avec d'autres pratiques : *"J'ai conscience que notre savoir-faire est spécifique. Quand je vais ailleurs..."* (apl 10/intermédiaire). Pour autant, l'identification professionnelle demeure : *"Donc on fait exactement le même travail qu'un CSST, sauf qu'on le fait différemment je pense"* (apl 10/intermédiaire).

B) Un travail hors les murs

En analysant son travail, cet acteur y voit une dimension particulière : la proximité de la rue, le contact non médiatisé par l'institution : *"Peut-être qu'on est un peu plus direct. Parce que nous, on a un contact direct avec les gens pas loin du trottoir"* (apl 10/intermédiaire). Ainsi s'il y a une spécificité, c'est peut-être d'être hors les murs. Le regard des partenaires confirme la différence : *"ils font du bas seuil. Du bas seuil et des gens qui ne sont pas encore dans l'idée de passer la barrière de l'hôpital (...) c'est un boulot très particulier, très dur déjà (...) ils ne sont pas prêts à venir à l'hôpital, ces gens-là. Il faut du temps. Il faut du temps. Il faut qu'ils les apprivoisent avec des rencontres régulières, avec une régularité dans leur point de stationnement. (...) Déjà je ne me sens pas dans le bas seuil parce que déjà je suis dans les murs de l'hôpital. C'est peut-être cela aussi. Tout simplement le cadre est différent"* (partenaire 5/intermédiaire).

C) Des dispositifs de secours

Finalement, la spécificité de ces dispositifs se définit par opposition aux dispositifs traditionnels, comme des derniers recours : *"Quand les CSST reçoivent une personne qui est vraiment en mauvais état, en manque, qui n'est pas en mesure de suivre leur protocole, qu'ils estiment au cours de l'entretien que cela ne va pas marcher chez eux, ou encore ils ne le reçoivent pas en lui disant qu'ils n'ont pas de place ou qu'ils sont surchargés, ou parce que les choses ne se passent pas bien avec un usager et qu'ils veulent l'exclure, ils l'envoient au bus métha pour l'urgence. Cela a soulagé une partie des CSST. Les hôpitaux aussi orientent des usagers vers le bus. Enfin, 70 % c'est du bouche à oreille entre les usagers qui disent : "Tu vas aller là. T'es reçu..."* (apl 10/intermédiaire).

Ainsi d'emblée, on nous dit que le bus méthadone fait ce que les CSST ne peuvent pas faire :

- prendre en urgence,
- prendre en grand nombre¹²⁹,
- prendre les "usagers peu accommodants",

¹²⁹ Plus d'une centaine de personnes se présentent tous les jours au bus.

- prendre les "exclus" d'un CSST,
- prendre les usagers qui ne parlent pas français (en particulier une population de "Chinois" et de "Russes").

De ce point de vue, on peut effectivement parler du bus méthadone comme d'une structure de première ligne. Mais ce qui caractérise la première ligne, c'est aussi que le niveau d'exigence est adapté à chacun : *"Je pense que oui par rapport à un traitement de méthadone, par rapport à comment il est pratiqué ailleurs. (...) et puis dans le sens aussi qu'une fois qu'ils sont inscrits, (...) on ne leur demande pas de voir un psychologue, on ne leur demande pas de voir un assistant social. On leur propose. Donc il n'y a pas d'obligation à voir... Alors ils voient l'équipe sur le bus. Effectivement, il y a des médecins sur le bus. Il y a un psychiatre qui va sur le bus. Il y a un AS qui va sur le bus. Mais il n'y a pas d'obligation d'entretien. Et il n'y a pas d'obligations de venue quotidienne. Ils peuvent venir une fois par semaine. Une fois tous les 15 jours, tous les jours".* La seule obligation, que les acteurs justifient sur le plan médical, est de se présenter au moins une fois sur 2 mois : *"toujours par rapport à la dangerosité du produit parce qu'il y a des overdoses mortelles à la méthadone qui ne sont pas... À ma connaissance, c'est rarement de la méthadone pure. C'est souvent de la méthadone mélangée à d'autre chose. Donc quand vous n'avez pas vu du tout quelqu'un pendant 4 ou 5 mois, même si c'est 40 mg de méthadone parce que dans ces cas-là, on donne 40 mg. On recommence à une dose assez basse et puis on augmente en fonction de ce que les gens disent. Mais il y a quand même un danger de refiler comme cela 40 mg à quelqu'un"* (apl 10/intermédiaire).

Spécificité d'un dispositif de secours ne signifie pas ghetto : le dispositif s'inscrit dans une logique plus large qui aboutit au soin. Le danger guette dans les boutiques d'une logique asilaire de gestion et de contrôle des populations indésirables¹³⁰. De même, à partir du bus méthadone, les orientations se font vers les CSST, les hôpitaux, les post-cure : *"le bus il faut que ça reste en grande partie, une passerelle pour que les gens puissent aller ailleurs. Quitte à aller chez un médecin généraliste. Parce que je vois, dans certains centres, il y en a qui se chronicisent. Ils sont là depuis l'ouverture du centre. Il y a un côté un peu asilaire qui ne me plaît pas trop"* (apl 10/intermédiaire).

¹³⁰ Ce danger avait très tôt été souligné par JACOB (1997, 111) : "la systématisation d'un travail "à côté" – rendre un service minima de réduction des risques – peut aussi finir par rendre inopérantes les fonctions de tremplin ou de passerelle au départ de ces actions de prévention secondaire et donner lieu à la construction de nouveaux espaces de ségrégation et d'enfermement s'écartant définitivement des circuits du droit commun pour ne s'attacher qu'au contrôle de cette population".

D) *À travail spécifique, lieu spécifique ?*

À plusieurs reprises, il nous a été mentionné qu'il était difficile que le lieu de la rdr soit celui du soin. De ce point de vue encore, la spécificité du travail de rdr apparaît aussi en creux, même pour ceux qui d'emblée sont ouverts aux pratiques de rdr, voire en sont les acteurs dans d'autres circonstances : *"Non, on est centre de soins. On participe aux politiques de réduction des risques. Au début quand il n'y avait pas d'échangeurs de seringues, on en donnait. Cela a posé des problèmes... de positionnement et de différenciation des lieux. De mettre des seringues ici dans une corbeille, cela gêne les gens qui viennent ici pour arrêter de se défoncer qui nous disent : "Non, non, ce n'est pas bon pour nous ici ça". Donc il fallait différencier les choses. Alors on a eu des jetons un moment. Je vous dis, on sert de prestataires de services dans les raves. On est un peu de cette culture-là de la réduction des risques. On a les oreilles à cela. C'est-à-dire qu'on ne s'est pas positionné contre. Il y en a qui sont positionnés contre la réduction des risques"* (partenaire 4/senior).

De la même façon, la rdr aux urgences pose la question de la polyvalence des lieux : *"Nous, c'est compliqué pour le personnel et c'est compliqué pour les usagers de venir dans un lieu se faire soigner qui est un lieu aussi où ils vont utiliser de la drogue. (...) À partir du moment où vous avez le matériel injectable, vous savez que la drogue, ici dans un hôpital ça circule. Donc c'est un lieu public, il y a forcément des gens qui rentrent, qui sortent... Revenir dans ce même hôpital si vous avez été à un moment donné dealer ou acheteur pour vous sevrer ou pour des soins liés à la toxicomanie, c'est un peu complexe quand même dans votre tête. C'est-à-dire un lieu que souvent vous identifiez comme soins, deal ou lieu de soins, ce n'est pas si évident que cela pour les patients quand même. Moi j'ai des patients qui me le disent. Et pour certains, on les hospitalise ailleurs. Je ne pense pas que l'on puisse tout faire au même endroit. (...) Moi j'ai souvent rouspété contre les centres spécialisés parce qu'il n'y a pas de seringues... Mais en même temps, je comprends très bien que ce soit compliqué. On est dans la complexité. En prison, c'est encore pire"* (part 3/intermédiaire).

Ainsi on voit que c'est dans les relations avec les partenaires que les frontières de l'activité de chacun se négocient.

En conclusion, il apparaît que l'espace occupé par les dispositifs observés ne l'est par personne d'autre. Pour autant, les professionnels qui y déploient leur activité, retirent semble-t-il peu d'identité professionnelle de ces dispositifs eux-mêmes. Ceux-ci viennent conforter l'identité professionnelle de ceux qui en ont une, conférée par un diplôme professionnel, et ne parviennent pas à en donner une à ceux qu'aucun diplôme n'a doté d'identité professionnelle. Cette situation est susceptible d'entraîner des malentendus et des malaises pour ces deux catégories de personnes : les professionnels diplômés qui peuvent se sentir frustrés de ne pas exercer pleinement leur profession et les professionnels non diplômés dont les savoir-faire ne sont pas susceptibles de s'inscrire directement dans un cadre professionnel.

Les savoir-faire mis en œuvre dans la rdr ne s'identifient pas à ceux des métiers existants. En effet, prendre en charge les usagers comme dans les structures pérennes classiques suppose d'établir des conditions d'accès à ces services et l'on perdrait alors l'objectif initial d'une réponse à un moment donné dans la trajectoire de l'utilisateur : *"c'est toute la difficulté des professionnels et des non-professionnels à travailler dans ce type de structure parce qu'on répète sans cesse que dans ces pratiques-là, on réinvente le métier parce qu'on doit être médecin sans être médecin, assistante sociale sans être assistante sociale parce que c'est des pratiques médicales, c'est des pratiques sociales différentes, parce que c'est des bouts de prises en charge, c'est des initialisations de prises en charge"* (responsable associatif 6/senior). Le travail sur l'utilisateur étant seulement ponctuel, c'est-à-dire qu'il ne s'inscrit pas nécessairement dans la durée, mais dans un cadre toujours en redéfinition, les professionnels diplômés peuvent se sentir "moins professionnels" : *"cela veut dire qu'au niveau du professionnalisme, c'est très difficile pour les professionnels parce qu'à la limite ils peuvent dire qu'ils n'exercent pas complètement leur professionnalisme"*. Dans une structure rdr de première ligne, le professionnel quel qu'il soit ne peut pas travailler de la même façon que dans une structure traditionnelle : *"C'est que l'assistant social ne reconstruit pas un bureau social dans une structure de proximité, dans les structures de première ligne ou dans une structure comme le bus méthadone qui est une passerelle à la fois structure de proximité, à la fois structure de soins. C'est le paradoxe. C'est la double action. Le double objectif tout le temps"*. Le travail du professionnel diplômé de première ligne se situe sur la frontière entre le "faire pour l'utilisateur" (le service professionnel classique à un usager selon un objectif professionnel) et le "laisser-faire l'utilisateur" (inciter l'utilisateur à se prendre en charge), sur l'entre-deux, sur un point d'équilibre, de tension et de diagnostic toujours négocié en équipe : *"C'est les différentes opinions qui s'expriment dans la réunion sur : "avec untel on fait ça". Et puis il y en a d'autres qui disent : "mais tu te rends bien compte qu'il n'est pas encore en capacité et qu'il faut savoir refuser à un moment des choses parce que le fait de lui faire croire des choses c'est induire un nouvel échec. Et ce n'est pas vraiment très constructif par rapport à l'estime de soi les échecs"*. Ainsi, souligne ce responsable *"ces professionnels (...) doivent casser leur cadre pour pouvoir exprimer leur professionnalité dans le bon sens du terme par rapport aux objectifs de cette structure"* (responsable associatif 6/senior).

Pareillement, ce travail pour les "professionnels non diplômés" est difficile car il ne permet pas l'accession à une profession au cadre défini et formalisé et à un diplôme. Comme l'analyse encore ce responsable : *"les gens issus du milieu qui travaillent dans ces structures ont d'abord des difficultés à intégrer un cadre de travail, une autonomie dans le travail"*. C'est en travaillant avec des professionnels diplômés qu'ils intègrent un cadre, sachant que ce cadre doit être toujours remis en cause et repensé pour exercer ce travail : *"Donc, ce n'est plus vraiment une image pour ces nouveaux métiers d'animateurs et tout"* (responsable associatif 6/senior). MdM favorise les formations continues de ce type de personnel afin qu'ils obtiennent des diplômes d'éducateur et de moniteur éducateur. Mais

la difficulté réside dans le paradoxe de fournir un diplôme avec des savoirs cadrés et formalisés à une personne et de lui demander ensuite d'oublier ce qu'elle a appris et de casser ce cadre pour travailler dans une structure de première ligne. "*C'est toute la complexité de la situation*" des personnels non-diplômés mais aussi diplômés travaillant dans ces structures, d'où le turnover rapide dans ces structures, qui n'est pas dû seulement à la pénibilité du travail : "*c'est aussi que certains professionnels ont besoin de se retrouver dans le formalisme de leur cadre qui correspond à leur formation initiale*" (responsable associatif 6/senior).

4°) Les réunions d'équipes (ou le temps de l'auto-définition)

Les réunions d'équipe apparaissent comme un temps fort du travail dans tous les dispositifs étudiés. À la boutique, après la fermeture vers 16 h 00 ou 16 h 30 quand il y a des retardataires, l'équipe se réunit tous les jours pour un bilan de ce qui s'est passé et un rapide passage en revue des présents ce jour-là à la boutique. On sort le cahier de suivi et les informations nouvelles concernant par exemple les entretiens, les orientations faites pour tel ou tel, sont consignées. De façon plus informelle, c'est le moment de décompresser, d'exprimer ses frustrations, ses doutes, de définir une ligne de conduite vis-à-vis de l'un ou de l'autre, de revoir des questions d'organisation entre soi et avec les usagers. Bref, c'est un moment essentiel de définition des pratiques et des normes collectives. C'est un temps de construction pour l'équipe.

Les membres de l'association, qu'ils travaillent à la boutique ou au bus, se réunissent deux fois par semaine, de 9 h 30 à 11 h 00. L'une des réunions est plutôt dévolue aux questions matérielles d'organisation et l'autre au travail lui-même : comptes rendus d'activité, mise en place des réseaux, développement de projets.

En ce qui concerne le bus méthadone, une réunion se tient une fois par semaine au lieu fixe, à partir de 10 heures. On y passe en revue l'ensemble des usagers qui sont passés au bus (voir chapitre 2).

Nous avons observé ces réunions le plus souvent possible et dans leurs différentes modalités. Certes, la présence de sociologues observatrices a pu influencer dans telle ou telle occasion où les choses dites pouvaient l'être à notre intention, ou bien le discours pouvait être plus convenu voire performatif. Cependant, la fréquence de notre présence a nécessairement contribué à neutraliser ces effets. D'ailleurs, certains participants tenaient parfois à nous faire l'"explication de texte" de ces réunions, dont la liberté de parole pouvait, pensaient-ils, nous surprendre.

Ces réunions ont plusieurs fonctions :

- une fonction de débriefing et d'exutoire des tensions : on y entend souvent des blagues parfois assez cyniques qui rappellent celles des salles de professeurs ou des salles de garde. Ces blagues permettent une mise à distance de la souffrance, la création de complicités dans l'équipe. Cet humour est celui de tout professionnel confronté directement et quotidiennement à la mort ou à la maladie. Il permet de se protéger.

- la résolution de cas. Le passage en revue de toutes les personnes rencontrées est l'occasion d'échanger des informations et de définir une position collective, voire de se partager les tâches auprès d'un usager ou auprès d'un partenaire. Il s'agit bien de définir comment on exerce chacun et collectivement son activité. Parfois aussi, il y a des réponses à élaborer ensemble. C'est le moment où les objectifs sont confrontés à la réalité quotidienne et où il faut construire une pratique.

- la définition des frontières avec les partenaires et avec la clientèle. C'est aussi le moment où on renvoie les partenaires à leurs propres responsabilités c'est-à-dire où on définit collectivement quelles sont les frontières de l'activité des uns et des autres. Tel client ne relève plus des dispositifs de première ligne ou telle intervention relève de tel partenaire social.

- l'évocation d'un événement particulier : par exemple l'embauche d'une nouvelle personne dans l'équipe. C'est l'occasion de parler des besoins de l'équipe en termes de compétences professionnelles et aussi de ce qu'on attend d'un membre de l'équipe en termes de qualités personnelles et de capacité à pratiquer sa profession dans le cadre du dispositif de première ligne.

Pour toutes ces raisons, ce temps de réunion nous semble essentiel comme temps d'auto-définition des équipes et, de ce point de vue, un temps fort de la construction de sentiment d'appartenance et de culture commune. C'est aussi la raison pour laquelle ce temps a été pour nous un temps d'observation fructueux.

Pour conclure sur le "contenu" du travail, on peut dire qu'on a observé un espace défini par défaut, par les manques des institutions en place, en ce sens cet espace est porteur d'une réelle spécificité par rapport au "monde extérieur". C'est aussi un espace que des compétences de nature professionnelle, au sens de relevant de professions établies, sont venues occuper, mais qui ne prennent leur poids et leur sens que grâce à l'apport des compétences de nature personnelle des acteurs d'une part et d'autre part grâce au soutien de compétences ne relevant pas de professions établies. De ce fait on voit qu'en termes d'appartenances professionnelles, il y a coexistence voire tension entre une appartenance commune et des appartenances extérieures diverses.

Pour continuer la description du travail, voyons maintenant comment ce travail est ressenti par les acteurs (ses difficultés, ses satisfactions et ses tabous).

II – LE TRAVAIL RESSENTI

Les questions concernant ce thème cherchaient à faire émerger ce qui était vécu comme des crises ou au contraire de la routine (1), ce qui était satisfaisant ou particulièrement dur (2) et enfin ce qui relevait des tabous dans ce travail (3).

1°) Routine et urgence

Les questions sur le "ressenti" du travail, ce qui est perçu comme routine ou à l'inverse comme de l'urgence, sont traitées avec une grande hétérogénéité. Elles ont été comprises selon les cas comme concernant les personnes, les situations ou les dispositifs.

Les juniors professionnels non diplômés d'un métier répondent souvent en termes de positionnement par rapport à l'exercice d'une activité régulière quelle que soit celle-ci, traduisant en cela la difficulté qu'il y a à entrer dans le monde du travail, les aménagements d'identité qui s'opèrent à cette occasion et les nouvelles habitudes à prendre. Peut-être ces difficultés sont-elles accrues lorsqu'une formation professionnelle n'est pas venue préparer le terrain de ces nouvelles représentations et présentations de soi-même qu'il s'agit de mettre en place. Ainsi, l'exercice d'un travail est en soi une routine : "*la routine c'est de se lever tous les matins pour aller travailler, c'est ça la routine (rires)*" (apl 8/junior). La régularité des horaires est souvent une routine pesante : "*_ Qu'est ce qui constitue pour toi la routine dans ton travail ?_ Mon putain de réveil, je vois que ça...*" (apl 3/junior).

La routine, ce sont aussi d'une part, les tâches matérielles à assurer, et d'autre part, le sentiment parfois très pesant que les situations des usagers n'évoluent pas. Ainsi, la routine : "*C'est sortir le bus tous les jours*" (apl 4/junior). Ou encore : "*il y a toujours des trucs récurrents, ils servent toujours les mêmes assiettes chez les mêmes personnes, on entend toujours les mêmes problèmes chez les même personnes... Il y a des fois, tu te demandes à quoi tu sers mais bon...*" (apl 3/junior).

Quant à l'urgence elle est invoquée soit pour des situations liées à l'usage de drogues (i) soit pour des situations liées à la grande précarité sociale de beaucoup d'usagers (ii), soit enfin aux troubles psychiatriques dont souffrent beaucoup d'entre eux (iii). La difficulté de gérer ces situations ou l'absence de moyens pour y répondre s'avèrent usantes pour les intervenants.

i) La boutique accueillant un certain nombre d'usagers actifs, le risque d'accident ou d'overdose est toujours présent, cela génère un stress pour le personnel¹³¹ et suppose une vigilance constante : *"Ça peut être un patient très défoncé ou un patient qui avait pris trop d'anxiolytiques, il s'est endormi, on n'arrivait plus à le réveiller, on a été obligé d'appeler les pompiers pour qu'ils l'amènent à l'hôpital. Moi la situation de crise que je redoute le plus c'est une overdose dans les toilettes parce qu'à ce moment il serait entré dans les toilettes ou les douches, on ne saurait pas à quel moment, depuis quelle heure il est dedans, depuis combien de temps il a fait son overdose et comme je n'ai pas le droit d'avoir des médicaments, antidotes, je redoute vraiment ce genre de situations de crise, parce que le temps de faire venir les pompiers, de, pour l'instant c'est pas encore arrivé mais ça arrivera bien un jour... Cet aspect-là des choses n'est pas bien cadré, c'est écrit dans le règlement qu'on ne se shoote pas dans les toilettes mais on les voit pas, on peut pas présumer de ce qu'ils font dans les toilettes. C'est ce qui m'inquiète le plus"* (apl 2/junior).

ii) La deuxième cause d'urgence invoquée fréquemment, si bien que cela en devient paradoxalement de la routine, tient aux questions d'hébergement et au manque de moyens pour y faire face : *"L'urgence c'est la routine, voilà c'est ça. Ce qui revient vraiment tout le temps, c'est des demandes d'hébergement. J'en ai au moins trois par jour auxquelles je ne peux pas forcément répondre. Mais cela fait partie de la routine. Le problème c'est que c'est toujours aussi choquant de ne pas avoir les moyens de répondre"* (apl 12/senior).

"L'hébergement... C'est la situation d'urgence... Dès que les gens ils sont à la rue tout de suite ils s'affolent. C'est pour maintenant tout de suite qu'ils veulent quelque chose et ils s'en soucient jamais avant... C'est les demandes récurrentes de chez récurrent et c'est LA problématique parce que il y a des places nulle part..." (apl 3/junior).

iii) Enfin, il y a la question lancinante de la prise en charge psychiatrique. La question du diagnostic de l'urgence est évoquée : *"Au niveau de l'évaluation psy, je dirais qu'elle est fondamentale... Il y a des situations d'urgence des états de manque, ... delirium tremens tout ça c'est des situations d'urgence que l'on peut observer sur le bus ou sur un lieu fixe"* (apl 15/intermédiaire).

Quant à la question sur l'existence de "crises", elle est comprise dans les entretiens, par rapport au dispositif ou à l'équipe. Il peut s'agir d'une fréquentation en baisse sur laquelle il convient de s'interroger ou d'un problème interne à l'équipe : *"Une situation de crise dans l'équipe... une situation de crise avec les usagers... Moi j'ai plus vu de situation de crise dans l'équipe... Il y avait cette*

¹³¹ Le stress n'est pas que pour le personnel. Nous avons assisté à une scène où un usager resté longtemps enfermé dans les douches, s'était mis à appeler ; l'inquiétude s'est répandue comme une trainée de poudre chez toutes les personnes présentes dans la boutique jusqu'à ce que l'usager veuille bien répéter posément qu'il avait besoin d'une serviette. Commentaire d'un usager présent dans la boutique et tout sourire : *"cool tout le monde ! quelqu'un veut une serviette"*.

situation de crise... Cette situation de crise ponctuelle du bus quand ça tournait pas du tout et qu'on voyait personne euh..." (apl 7/junior).

On a souvent évoqué dans les entretiens la nécessité d'une intervention extérieure à l'équipe pour aider à réguler le fonctionnement des équipes et éviter les crises.

2°) Ce qui est dur et ce qui est satisfaisant

Au delà des questions de routine et d'urgence, nous avons cherché à cerner le ressenti du travail à travers des questions sur "ce qui est le plus dur" et aussi "ce qui est le plus satisfaisant".

A) Le plus dur

Il ressort des récits des uns et des autres que les difficultés peuvent naître du travail lui-même ou de son organisation, dans les deux cas, l'usure menace.

- Le travail relationnel est éprouvant pour les personnes

Comme dans tout travail en relation avec une forme de public, la disponibilité nécessaire est parfois ressentie comme très exigeante : *"c'est passer cinq heures de temps à être attentif à chacun des usagers, c'est-à-dire à essayer de garder la même attention la même écoute pour chaque personne qui te parle. Aller vers chaque usager, ne pas être bloqué sur une personne par exemple, essayer de s'ouvrir à ça, franchement au bout de la journée, c'est épuisant, au bout de la semaine, je suis contente"* (apl 2/junior). Le travail est dur aussi parce que la trajectoire du toxicomane est faite de rechutes : *"le plus dur c'est de voir certaines personnes dans un bon état et on les revoie des fois dans d'autres, ce n'est pas terrible. Donc ce n'est pas terrible et des fois ils craquent et ce n'est pas ce qu'il y a de plus marrant. Quand ils nous racontent des histoires qu'ils ont vécues et tout..."* (apl 4/junior).

Quelles que soient les dispositions d'ouverture d'esprit des intervenants, il est parfois dur aussi d'être confronté à des trajectoires qui peuvent leur être étrangères : *"Le plus dur c'est d'essayer de me mettre un peu à leur place. Ça parfois je comprends pas je leur dis, il y a des moments où je leur dis je comprends pas comment vous pouvez prendre tout ça et être sur pieds. Vous détruire à la limite continuellement tous les jours tous les jours. Ça c'est épuisant, je me suis rendue compte la première semaine que c'était épuisant de rester là. J'appelle parfois cela l'arène, la fosse aux lions (rire), surtout quand ils prennent certains produits, comme de la cocaïne, ils deviennent tous agités, agressifs, c'est assez pénible. Où quand ils sont foncièrement saouls, ils sont désagréables. Il y a des jours où je sais qu'il est désagréable bon c'est parce qu'il est saoul mais il y a des jours où*

quand tu n'es pas dans ton état (souffle), accuser tout ça à longueur de journée, oui, oui, c'est assez lourd, donc, chacun de nous a sa façon de s'échapper, moi c'est en allant me chercher à manger à 13 heures. Et surtout après en réunion avec le débriefing où heu "il m'emmerde, il m'emmerde !" c'est pas la personne qui m'emmerde mais ça sort (rire). Parce que du fait d'avoir travaillé à l'hôpital, je sais qu'il faut évacuer parce que sinon c'est pas possible parce que j'ai conscience que je ne suis pas Wonder Woman, je le dis plus facilement avec ces mots, j'utilise des mots crus, je dis qu'ils m'emmerdent mais ça m'aide à évacuer ce stress, le soir, ça c'est une façon à moi de ce qui fait que le matin quand je reviens, j'ai oublié le stress de la veille" (apl 2/junior).

- Les moyens manquent

Il est dur aussi parce que les besoins sont énormes et que les moyens manquent pour y répondre. Cela peut engendrer un sentiment d'impuissance et une certaine résignation : *"Ce qui me rend pas content c'est de dire au revoir à quelqu'un à quatre heures, d'oser lui dire parce que c'est une habitude de langage, d'oser lui dire 'bonne soirée' et de savoir pertinemment qu'il va aller dormir dans un camion ou un ball d'escalier, ça, ça me rend pas content, globalement" (apl 8/junior).*

Face aux situations très difficiles et qui empirent, on peut perdre l'ardeur des débuts et il finit par y avoir une sorte de résignation devant les situations révoltantes : *"Le plus dur : le fait de rentrer chez soi et de laisser souvent les gens dans la rue. Bon cela je ne me suis pas encore habitué en 3 ans. Au début on s'était donné un objectif, ici c'était zéro SDF. Comme l'autre, un peu comme Jospin. Mais nous ce n'est pas zéro SDF dans le monde. C'est zéro SDF des gens qui viennent nous voir. (...) C'était très compliqué au début. Mais on se battait comme des malades parce qu'on avait moins de monde. Moins de monde, je ne sais pas, on avait 6 ou 8 personnes qui venaient nous voir. Alors c'était un peu plus facile. D'un côté on avait un peu l'ardeur du néophyte. Maintenant on est un peu plus blasé. Il y a beaucoup de monde. Quand il y a 30 personnes, la moitié sont à la rue. Bon tu ne trouves pas de solution" (apl 9/senior).*

Le manque de moyens semble particulièrement flagrant pour le travailleur social. Celui-ci ressent qu'il a peu à proposer, il est sans cesse confronté à son manque de moyens, à son impuissance : *"Il y a un épuisement parce que c'est terrible de travailler... Enfin moi je le vois dans la place où je suis... Le médecin va donner son ordonnance quand même. Le psychologue, il va être dans l'écoute. (...) La toxicomanie c'est très dur. Surtout pour nous. (...) Mais c'est là que c'est important l'équipe, de travailler. Je pense qu'il y a vraiment besoin d'un fort encadrement parce que d'être confronté en permanence à des gens qui sont en difficulté, en souffrance, qui ont des histoires pas possibles, qui sont encore consommateurs pour la plupart ! C'est épuisant. Et en général la plupart du temps qu'ils te demandent quelque chose, en général, tu ne peux même pas le faire. En dehors de leur offrir le repas, un sourire, de la convivialité. Ils veulent un logement : on n'a pas de logement. Ils veulent un travail : on n'a pas de travail. En tant que travailleur social, c'est très dur parce qu'au bout d'un moment, ils te disent : "Mais attends... À quoi tu sers ? Moi on me dit d'aller voir l'assistante sociale,*

je viens la voir. Mais elle ne peut rien faire". Il y a quelque chose qui est un peu dur parce que d'être toujours confronté à l'impossible, à l'impuissance. Alors que quand tu as choisi ce métier tu espères que tu vas pouvoir au moins aider l'autre. C'est quelque chose... C'est à ce titre-là que je pense qu'il faut des gens assez costauds" (partenaire 6). Le sentiment d'impuissance de cet acteur est d'autant plus fort qu'il se sent seul et peu reconnu par les pouvoirs publics : *"parce qu'on n'a pas de réponse de la partie politique derrière. Parce que ce n'est pas des 'gens qui les intéressent'"* (partenaire 6/intermédiaire).

- La désorganisation guette

On constate aussi que comme dans n'importe quel autre travail, ce qui est dur à vivre, c'est tout ce qui ne se déroule pas comme il conviendrait : le travail n'est pas fait, une situation de crise apparaît, la clientèle se raréfie, l'organisation matérielle est défectueuse, ou bien on a échoué dans sa tâche : *"Une journée qui s'est mal passée c'est une journée de débordement je pense"* (apl 6/intermédiaire). *"Je ne rentrerais sûrement pas content s'il y a un truc qui aurait dû être fait pour quelqu'un et qui n'a pas été fait. Cela m'énerve beaucoup. Machin devait rentrer à l'hôpital, il n'y a pas été parce qu'on n'a pas été foutu de s'organiser pour. Cela m'énerve énormément"* (apl 16/senior). *"Aussi avec les usagers. Quand t'es obligé de crier sur quelqu'un, d'exclure quelqu'un. Par exemple, de temps en temps on exclut des usagers... Mais nous ne sommes pas là pour exclure les gens. Quand nous excluons quelqu'un, c'est que quelque chose n'a pas marché dans notre rôle d'accueillant qu'on le veuille ou non. Bon on peut toujours dire c'est des toxes, ils ont pris des produits, des machins, psychotiques tout ce que tu veux. Mais dans la relation il y a eu un problème. Parce que quand on en arrive là cela signifie qu'on n'a pas été trop bon"* (apl 9/senior).

La fréquentation des dispositifs est une reconnaissance de son travail : *"je suis arrivée dans un contexte où le bus ça marchait pas du tout et c'était vraiment lourd..."* (apl 7/junior).

Il s'avère que les questions matérielles (un bus en mauvais état de marche, le groupe électrogène aussi, le manque de chauffage en hiver) peuvent être pesantes : *"Ça commence par les problèmes techniques, c'est ce qui moi me fatigue le plus. Ce n'est même pas la peine parce que je considère que mon métier consiste à s'occuper des patients en priorité et ça m'énerve de devoir passer mon temps à résoudre des problèmes techniques"* (apl 11/intermédiaire). En fait, souvent, ce n'est pas l'activité centrale du travail qui est pesante mais les activités accessoires nécessaires pour assurer l'activité centrale (ce n'est pas le travail qui est pénible c'est tout ce qu'il y a autour).

- La reconnaissance manque

Enfin pour certains, parmi les professionnels non diplômés, il est dur de ne pas se sentir reconnu, parfois ni par les usagers, ni par sa famille ou ses amis. De plus la reconnaissance symbolique qu'apporte le salaire est faible. Ainsi l'un des intervenants ressent que certains clients

semblent reprocher aux intervenants de vivre "sur leur dos", finalement de ne pas utiliser au mieux des intérêts des usagers les subventions que les associations reçoivent : *"Donc tu vas essayer de les aider au quotidien au jour le jour... Et tous ces gens-là te cassent du sucre sur le dos en te disant que de toutes façons tu fais mal ton taf... Que de toutes façons les acteurs sociaux vous êtes tous les mêmes qu'on vit sur les subventions qu'on gagne grâce à eux... Et que eux ils en voient pas la couleur..."* (apl 3/junior). C'est un travail difficile à faire reconnaître positivement par des personnes extérieures au milieu notamment le cercle privé. Mais c'est parfois toute la reconnaissance symbolique et matérielle du travail qui est vécue comme insatisfaisante (cf. le chapitre suivant).

- Gérer dans l'incertitude

L'insatisfaction vient aussi des difficultés de gestion de tels dispositifs et de la précarité de l'emploi qui en résulte. Il y a d'une part le fait que les budgets sont versés en retard et qu'il faut gérer la période intermédiaire et d'autre part le fait que les budgets sont alloués annuellement. L'association ne fonctionne pas sur des conventions triennales comme certains centres : *"Le plus dur finalement c'est quand même une certaine forme d'incertitude sur... Tu n'as jamais de visibilité par exemple au delà d'un an. Par exemple le budget, on est fin septembre. On est même carrément début octobre. De l'exercice 2002, on n'a toujours pas un kopeck. Il n'y a toujours pas un kopeck qui est tombé. Alors bon, on les aura... Alors tu travailles avec des "daillis", c'est une forme de crédit associatif. Mais les "daillis", tu ne les obtiens pas comme ça. Effectivement la DDASS a quand même fourni un certificat administratif. "Oui, oui, on va donner ça. Quand ? On ne sait pas. Mais on va le donner"* (apl 16/senior). Le problème, c'est aussi que les coupes budgétaires c'est forcément de la réduction de personnel : *"Le plus important c'est quand même ça [les frais de personnel]. Ça c'est quand même très chiant parce que tu ne sais jamais où tu vas en vrai. Et c'est un peu fatigant quand même"* (apl 16/senior).

Enfin, au chapitre des questions de gestion, il y a celle de la mise en place des 35 heures, chapitre particulièrement épineux et difficile à traiter parce qu'il souligne les contradictions inhérentes à la gestion d'un travail que l'on fait souvent aussi par militantisme : *"Quand j'ai le sentiment d'avoir mal travaillé c'est parce que je n'ai pas bouclé. (...) Les 35 h, c'est un dossier qui m'emmerde. (...) D'abord c'est un dossier qui m'agace et puis c'est un truc technique de con. Enfin cela n'avance pas"* (apl 16/senior).

B) Le plus satisfaisant

À l'inverse de tout ce qu'on vient de voir, la bonne journée de travail est celle où l'on voit reconnaître son utilité, où la clientèle est nombreuse, où l'équipe a bien fonctionné et les

problèmes matériels n'ont pas perturbé le travail : *"je suis content quand ça va. Quand ils [les usagers] vont bien"*, (apl 4/junior) ; *"une bonne journée de travail c'est arriver honnêtement à dénouer une situation. Voir le sourire de certains. Passer une phase de détresse"* (apl 15/intermédiaire). *"Une journée réussie sur le bus, c'est quand il y a du monde. Ou c'est quand il y a quelqu'un avec qui on a pu discuter assez longtemps parce qu'il avait envie. C'est quand on voit des gens et qu'on sert à quelque chose. Une journée ratée, c'est quand il n'y a personne"* (apl 4/junior).

La satisfaction vient du bon fonctionnement de l'équipe et des résultats du travail effectué ; par exemple, il y a du monde à la boutique et quelques cas ont avancé : *"Satisfait ? C'est quand il y a eu pas mal de monde et que l'on a résolu quelques cas complexes. Que cela s'est bien passé entre les usagers et l'équipe. Que l'équipe a bien travaillé ensemble. Bon c'est cela. C'est cela une bonne journée de travail"* (apl 9/senior). La bonne journée c'est par rapport aux patients, par rapport à l'équipe et enfin par rapport à l'organisation matérielle : *"Une bonne journée c'est déjà quand tout se passe bien au niveau des patients. C'est-à-dire que l'on n'a aucun patient qui est arrivé mal, très défoncé, agressif ou au contraire très déprimé. Déjà parce que c'est quand même eux la priorité pour moi. Ensuite quand tout se passe bien au niveau de l'équipe et en général ça se passe bien, tout le temps d'ailleurs. Et quand il n'y a pas eu de problèmes techniques"* (apl 11/intermédiaire). *"Quand je suis satisfaite de moi c'est quand je réussis à orienter une personne de façon adéquate. Quand une personne a été prise en charge d'une façon adéquate et quand elle revient et qu'elle me dit que ça s'est bien passé et que tout a fonctionné, là je me sens satisfaite de moi"* (apl 2/junior).

Il arrive aussi que la satisfaction soit exprimée par rapport à la profession d'origine, quand le travail réalisé se rapproche de la profession idéalisée le "vrai" métier, le "cœur" du métier : la relation. *"Maintenant aussi quand... je suis allé avec mes loustics, que je suis allé me balader. J'étais très content. Je me disais voilà c'est une bonne journée dans le sens où ce qui m'a été donné à entendre, ce n'est pas beaucoup dans les livres. Alors moi j'adore ça les récits. Cela m'éclate. Alors c'est peut-être le cœur de mon métier. L'histoire de mon métier, c'est une histoire de relation, de truc comme ça. Alors pour le coup, j'ai l'impression que c'est vraiment là-dessus, je suis content. Et cela ne nécessite pas une technologie lourde, de se prendre le chou pendant des années. Il suffit d'être là, un peu disponible et de te laisser les neurones connectés. Donc dans ces cas-là, je suis content"* (apl 16/senior).

Et quand la reconnaissance est là, cela donne du sens à tout ce qu'on fait : *"Ouais, ouais, heureusement que ça nous arrive c'est le seul truc qui fait qu'on continue c'est que de temps en temps on a un merci, un sourire ou le sentiment que tu as vraiment servi à quelque chose et ces courts instants, ça nous fait quand même oublier tout le reste qui est quand même majoritairement merdique. Oui ça nous rappelle pourquoi on fait ce boulot et pourquoi on a voulu le faire en partant, parce que..."* (apl 3/junior).

3°) *Les tabous*

L'existence de tabous dans le travail, lorsqu'on arrive à les débusquer, peuvent être révélateurs de contradictions internes, de malaises provoqués par des situations difficiles à gérer ou autour desquelles la parole a du mal à s'élaborer. L'existence de tabous peut aussi résulter de conditions intrinsèques au travail comme un mandat défini de façon ambiguë, pour des raisons que nous avons analysées au début de cette recherche¹³². En ce sens, les tabous sont révélateurs du contenu du travail.

La définition du tabou peut s'entendre comme l'interdit absolu, par exemple celui de la violence, rappelé à plusieurs reprises, mais aussi celui du produit y compris l'alcool : "*Non, il y a des choses que j'interdirai. Que l'on sorte des produits. Que l'on utilise des produits que cela soit ici dans un centre de soins, dans un centre de prise en charge. Donc oui c'est tabou. Si quelqu'un vient je lui dis : "Ta bière tu la poses par terre et tu ne picoles pas pendant qu'on est en train de parler". Les tabous c'est : "T'es cassé, je ne veux pas te voir maintenant. Tu reviens parce qu'on ne peut pas parler là. Ce sera un tabou que je mettrai : on ne frappe pas, on n'insulte pas. Mais à part ça, non"* (apl 12/senior).

Mais l'interdit, s'il est clair, n'est pas toujours facile à mettre en œuvre, le tabou c'est alors aussi ce qu'on passe sous silence parce qu'on ne sait pas comment le dire : "*puis après il y a les trucs qui se passent et qui passent à l'as pour plein de raisons, genre le bon vieux sujet, le shoot dans les chiottes, les trucs comme ça dont on sait, mais ça il faut pas le dire à tous mes collègues que j'ai dit ça (rire), dont on sait pertinemment que il y a un gars dans les chiottes qui est en train de shooter, qu'on sait pertinemment que c'est interdit par le règlement mais des fois tu laisses faire parce que tu te dis que il vaut mieux qu'il le fasse ici que dehors"* (apl 8/junior).

Plus souvent, les tabous sont compris comme des sujets dont il est difficile de parler par discrétion ou par pudeur. Par ailleurs, l'existence de tabous dans le travail peut concerner aussi bien les tabous vis-à-vis des usagers (A), que ceux susceptibles d'exister entre membres de l'équipe (B), ou encore les tabous vis-à-vis des partenaires professionnels (C).

A) Vis-à-vis des usagers...

Si l'acceptation de l'usage de produits fait partie de la démarche professionnelle des acteurs, il ne s'ensuit pas qu'en parler soit nécessairement très facile. On a parfois l'impression que l'usage de drogues licites ou illicites est plus de l'ordre du secret partagé que du quotidien banal. Ainsi des défections à une sortie organisée par l'équipe ont été dues au fait que les horaires de

¹³² Cf. chapitre 1, I, 3.9. La rdr : un "chèque en gris".

distribution de la méthadone, auxquels étaient soumis certains participants, étaient incompatibles avec l'heure de rendez-vous pour la sortie. On ne l'a su qu'après coup, le problème n'avait pu être abordé de front. Il faut tout l'humour d'un intervenant pour tenter de banaliser ces situations : *"Il faut en parler. On peut s'arranger. Ici on n'est pas une crèche municipale, on n'a pas des problèmes de blédine !"* (apl 16/senior).

Ainsi il semble qu'il existe parfois des tabous concernant la consommation, tabous peut-être liés à l'intériorisation de l'interdiction sociale de l'usage, au tabou de l'injection et de la maladie. Ces tabous sont parfois le fait même des intervenants, en dépit de la démarche rdr de l'équipe : *"y a ça, il y a le produit et l'injection, c'est pas facile d'en causer"* (apl 7/junior). Pour certains, cette gêne persistante est une occasion de se questionner sur leurs pratiques : *"Au niveau des usagers curieusement bien qu'on soit identifié bas seuil, et qu'on distribue des seringues et tout, on peut parfois avoir l'impression effectivement qu'il y a des usagers qui ont encore un peu de mal à parler de leur consommation même dans un lieu comme ça donc ça, ça pose pas mal de questions quand même. C'est un peu dommage ça pose des questions, dans un lieu comme ça si quelqu'un s'autorise pas à parler de ses consommations, ça pose question quand même... Pas seulement par rapport à lui mais par rapport à nous aussi car on est censé être la première ligne justement donc si ça sort pas en première ligne, il y a peu de chance que ça sorte dans les lignes de derrière"* (apl 8/junior).

L'usage n'étant jamais un sujet simple à aborder, les intervenants peuvent se sentir partagés entre le respect du secret de l'utilisateur et la nécessité d'une intervention lorsqu'on constate un excès de consommation chez un usager et une dégradation de son état : *"Moi je suis assez étonnée de la difficulté avec laquelle... ils ont du mal à parler de leur consommation... Pas de la difficulté mais du mensonge qu'il y a autour, je pense que c'est un problème qui est tellement ancré loin dans la société que la drogue c'est mauvais et tout que (...) Dans les assos de réduction des risques et tout, il y a pas mal d'usagers comme ex-usagers dans les équipes etc. Donc, a priori, ils ne devraient pas ressentir ce truc... Quelqu'un qui prend beaucoup de coke ça se voit, il maigrit, il transpire... C'est pas évident dans le sens où il veut pas le dire, il veut pas le dire. Après est-ce que l'on fait notre boulot quand ça commence à se voir qu'il en consomme trop et qu'il se fait du mal... Est-ce que l'on fait vraiment notre boulot en faisant semblant de le croire, il y a un milieu à trouver... Celui par exemple... on va lui dire tu as l'air un peu maigri, d'habitude tu te rases... Tu te laisses aller... ou en prenant d'autres trucs : ça va pas avec ta copine ?"* (apl 7/junior).

Les tabous touchent l'usage de produits mais aussi les modes de consommation, l'injection et ses problèmes, et enfin la maladie et le statut sérologique par rapport au VIH ou au VHC. Il est parfois difficile d'en parler surtout pour un non médecin : *"Parler du produit en soi c'est une chose... De eux, de la façon dont ils le font... Je sais pas par exemple de temps en temps ça va arriver que il y ait quelqu'un qui vienne qui demande un truc... Sans qu'il le montre on va le voir... Un début d'abcès et tout... Et*

là c'est pas toujours évident" (apl 7/junior). "D'en parler [de l'usage] n'est pas un problème. Et les usagers, du fait que j'en parle naturellement, je pense que ce n'est pas un problème pour les autres de m'en parler. Après à savoir s'ils vont me dire toute la vérité sur leur consommation... ça c'est autre chose. (...) la difficulté pour moi d'en parler [la maladie] ? Oui plutôt. À la limite oui. Oui s'il y a des choses difficiles à en parler à la limite c'est par rapport à son statut. Mais après on dit : "Comment ça va ? Où tu en es ?". À la limite j'ai moins de tabous avec ceux pour qui je sais. J'ai plus de tabous avec ceux pour qui je ne sais pas. Si je sais que une des personnes est malade ou pas. À la limite cela ne pose pas un problème d'en parler, de prendre des nouvelles et tout. Si la personne je ne sais pas trop. J'aurai du mal à lui demander, savoir où elle en est et tout". Proposer un dépistage, n'est pas un problème : "C'est plus sur la maladie en elle-même ... moi je ne suis pas médecin non plus" (apl 4/junior). Mais cela tient aussi aux capacités relationnelles de chacun, capacités qui peuvent être reliées à l'ancienneté ou à l'âge : "Il y a peut-être un travail à faire à ce niveau, ils en parlent pas tous facilement, mais on arrive à en parler avec eux, moi pour les fois où j'ai essayé de savoir l'état de santé de la personne j'y ai réussi, je suis pas médecin ni rien du tout mais j'ai réussi... Bon on arrive pas comme ça et... Non il faut la mettre en confiance il faut parler... des fois ça peut prendre du temps il faut parler... il y a peut-être un travail aussi à faire à ce niveau-là" (apl 1/senior).

Les limites de ce qu'on peut dire sont parfois remises en cause, en tout cas elles sont affaire d'appréciation. C'est toujours la même question : comment être attentif sans être indiscret ? Le tact nécessaire dans ce travail implique des non-dits, des tabous, avec les usagers et au sein de l'équipe : jusqu'où faut-il ménager les usagers ? Quand peut-on au contraire les responsabiliser, exiger quelque chose d'eux dans une logique de don-contre don. Chacun évidemment projette sa subjectivité sur les situations et c'est pour cela qu'il faut en parler en équipe dans les séances journalières de débriefing : "Oui, je pense que y a beaucoup de tact. J'ai trouvé qu'ici on les prenait beaucoup dans le sens du poil. Un médecin dit les choses beaucoup plus crûment qu'ici. (...) Oui, ils se shootent, ils se shootent, mais on n'en parle pas. Il faut que ce soit eux qui le sortent ou qu'ils veuillent bien le dire pour qu'on en parle j'ai remarqué. Ils ne parlent pas non plus aussi de leur maladie. Il y a la partie conscience par rapport au corps, j'ai l'impression que la toxicomanie ça va, mais dire qu'on est malade, c'est plus évoquer la mort, la fin, donc ils n'en parlent pas" (apl 2/junior). "Entre professionnels, je sais pas s'ils en parlaient avant mais moi depuis que je suis là j'en parle, même pour certains je leur dis, c'est pas des enfants, franchement il faut leur dire outre qu'ils se droguent, ce sont des adultes qui savent ce qu'ils font, qui savent que c'est pas bon, à un moment il faut dire les choses telles qu'elles sont. Ça sert à rien de les ménager tous les jours (...). Je ne crains pas parfois de les heurter un peu. (...) ça suffit c'est bon il y a un moment où, vous m'énervez, je crois qu'il faut pouvoir leur dire, parce que on est dans une situation où on leur donne beaucoup de choses et on demande beaucoup de nous, on donne beaucoup de nous et il faut que chacun donne un peu, ça marche dans les deux sens, je pense que sur ça il y a beaucoup de, on les ménage beaucoup, un peu trop à mon goût" (apl 2/junior).

Mais les tabous sont aussi des barrières protectrices, ils peuvent s'avérer nécessaires dans la situation de proximité que tous se doivent de construire et qui, surtout pour les jeunes femmes, sont susceptibles de créer des situations embarrassantes, où l'affectivité vient brouiller les positions respectives. Ces situations sont parfois d'autant plus pénibles à gérer qu'elles sont difficiles à aborder en équipe en particulier les situations où se développent des jeux de séduction à connotation sexuelle : *"Après pour moi c'est pas vraiment l'endroit pour pouvoir en parler, mais je pense que normalement tous les professionnels devraient se poser des questions là-dessus, c'est en même temps l'énergie qui fait qu'il y a quelque chose qui se passe... au-delà même de la sexualité, la séduction c'est aussi un truc d'affectivité en fait tout simplement... Les épisodes que j'ai vus cet été par rapport à X. Il y a plein de choses d'affectivité, (...). Donc voilà... Dans toutes les structures avec un accueil de proximité il y a des choses comme ça... Je pense qu'après on pourra parler de ces trucs-là"* (apl 6/intermédiaire). *"Il y a un truc avec qui moi personnellement j'ai du mal, mais je suis pas la seule pour en avoir parlé avec d'autres aussi... Il y a le fait être une fille, être jeune et de faire ce boulot-là. Et qu'on va les voir, qu'on est sympa avec eux et il y en a qu'ont du mal à comprendre qu'on est pas en train de les draguer, qu'on n'est pas une éventuelle copine... Je leur en veux pas non plus aussi car un mec qui se shoote depuis des années, il a pas dû avoir des tonnes de relations non plus. Et il commence à s'en sortir alors ça lui revient en tête etc.... Il y a ça qui est pas toujours facile à gérer heum..."* (apl 7/ junior).

B) Entre membres de l'équipe...

Les tabous concernant l'usage de produits existent aussi dans l'équipe, du fait des histoires personnelles quelquefois douloureuses des uns et des autres : *"Pour ce qui est des drogues, l'équipe... Il y a peut-être quelques personnes mais on en parle pas tous librement car les avis sont partagés sur l'usage comme sur autre chose... On sait tous mais bon... On se limite à ce qui nous regarde on n'en parle pas... C'est que la réduction des risques on n'y vient pas tous... par hasard, moi j'ai eu la chance d'arriver par hasard, avec la petite annonce, ... mais on n'y vient pas toujours par hasard. Et sur une équipe de, forcément, c'est parfois assez tabou, il vaut mieux pas car les avis sont très très différents les uns des autres... C'est tout ce que je peux te dire"* (apl 1/senior). Cette difficulté à parler de sa consommation ou de son absence de consommation empêche d'aborder ensemble la question de comment en parler avec les usagers qui posent des questions à ce sujet : *"et euh sinon en terme de tabou... le seul peut-être qui m'a vraiment... que j'aurais identifié au début, maintenant ça me pose plus, enfin on va dire un peu moins de problèmes c'est nous, nos consommations à nous parce que on est, là on essaye de partir dans une optique communautaire, on s'est dit on va passer au communautaire mais même sans ça les usagers sont super curieux, il y en a régulièrement qui posent la question et toi tu prends des trucs ? Et toi est-ce que tu as le SIDA ? (...). Est-ce que tu as déjà pris tel truc, ça arrive parce que ça participe pour eux d'une identification, d'un rapprochement avec toi et ça au début ouais c'est*

peut-être un peu tabou, peut-être pas, on n'en parle pas trop, on n'a pas de position institutionnelle là-dessus justement et au début effectivement ça pose question car tu sais pas trop ce que tu dois dire, moi c'est peut-être le seul tabou que je vois comme ça" (apl 8/junior).

C) Vis-à-vis des partenaires...

À plus forte raison le tabou de l'usage de produits existe vis-à-vis des partenaires : *"L'usage de drogue. C'est un tabou sans l'être. C'est un semi-tabou. C'est-à-dire qu'il y a... Cela va dépendre si on considère la sphère interne ou la sphère externe. À l'interne, il n'y a pas un tabou énorme ou s'il y a des gens de l'équipe qui consomment, on n'est pas dans un mode de consommation invalidant entre guillemets ; ou handicapant sur le plan social, professionnel, psycho... Au pire il y en a qui arrivent avec la gueule dans le cul le matin parce qu'ils ont du mal à se lever. Mais cela relève d'un autre ordre. Ils se seraient pris une cuite la veille, cela ne serait pas pire. Par contre à l'extérieur, c'est très compliqué à défendre ça. C'est encore très compliqué. Revendiquer que dans l'équipe il y en a qui savent à peu près ce qu'ils racontent en matière d'usage de drogue autrement que dans les livres, cela reste chaud. Même y compris au niveau du conseil d'administration par exemple. Parce qu'il y a eu des expériences dans le passé un peu difficiles avec des usagers. À mon avis mal cadrés dans un programme mal cadré mais cela c'est autre chose. Enfin cela c'en est un, potentiel, à l'extérieur surtout"* (apl 16/senior).

Finalement l'essentiel des tabous tourne autour de l'usage de produits tant chez les usagers que chez les intervenants, les intervenants entre eux ou vis-à-vis des usagers, parce que ce savoir sur les drogues reste un "savoir coupable"¹³³ dont on ne sait pas quand, comment, avec qui et dans quelle mesure il peut être mobilisé.

En conclusion, on peut dire que le travail est certainement ressenti comme très exigeant, ce qui n'est pas étonnant étant donnée la mobilisation forte des ressources personnelles des acteurs. Mais c'est aussi la nature du travail où l'on est sans cesse en alerte vis-à-vis des situations, en alerte vis-à-vis des personnes, qui rend ce travail exigeant, d'autant que moyens et reconnaissance viennent parfois à manquer. Enfin, on notera que paradoxalement le tabou de l'usage de drogues n'est pas facile à lever ni pour les usagers ni pour les acteurs eux-mêmes.

Dans la description que nous venons de faire du travail et de la façon dont il est ressenti, la description des particularités de la clientèle se profile. Voyons maintenant en quoi la nature de la clientèle participe de la spécificité des dispositifs étudiés.

¹³³ HUGHES, 1996.

III – LA CLIENTÈLE

Revendiquer une forte spécificité de sa clientèle est une des façons de justifier sa propre spécificité et son identité, c'est la raison pour laquelle nous avons essayé de connaître le sentiment des acteurs sur ce point en particulier. La clientèle se définit, sans surprise, comme les laissés pour compte de la "deuxième ligne", les stigmatisés de l'usage de produits illicites et de l'alcool.

1°) Les laissés pour compte de la "deuxième ligne"

On peut voir la clientèle des dispositifs enquêtés comme les laissés pour compte de la deuxième ligne parce qu'ils ne rentrent pas dans les critères de définition de la clientèle de ces dispositifs institutionnels traditionnels, soit en raison de la complexité de leur situation, soit parce qu'ils présentent un cas de figure imprévu ou encore parce qu'ils ne sont pas adaptés aux modes de fonctionnement des centres de soins.

- Une situation complexe

La population des dispositifs étudiés est une population d'une grande précarité, avec une prévalence élevée de problèmes psychiatriques, des trajectoires chaotiques et des problèmes d'addiction et de santé. Chacun de ces problèmes n'est pas spécifique à la population qui fréquente ces lieux, c'est le cumul de ces problèmes dont chacun relève parfois d'une institution différente qui en rend le traitement difficile. Le cumul des handicaps, parfois kafkaïen (comme pour cet usager, en même temps "sans domicile fixe, interdit de territoire et assigné à résidence"), en rend le traitement bureaucratique normal impossible. Dans un autre cas, il s'agit d'un couple qui a des problèmes d'hébergement et dont l'un a une pathologie tandis que l'autre en a une autre, les possibilités de prise en charge sociales n'étant pas les mêmes dans les deux cas : "*quand ils ont la même pathologie, c'est plus simple*" fait remarquer un intervenant avec un cynisme las. Ainsi la première spécificité de ce travail consiste souvent à tenter de désembrouiller des situations impossibles.

- Des cas imprévus

Si cette population trouve difficilement sa place dans les dispositifs de deuxième ligne c'est aussi parce que les problèmes qu'elle soulève ne sont pas prévus par les procédures traditionnelles. Quand on est en première ligne, cela fait partie du travail de trouver la solution, les procédures derrière lesquelles le travailleur protégé par une institution peut se réfugier sont réduites au minimum. C'est ainsi que le bus méthadone s'est trouvé confronté à un afflux de

population étrangère : *"On a 45 % d'étrangers. Tous ces gens qui vont par exemple dans des centres de soins, on leur dit : "Désolé vous parlez chinois, on ne parle pas chinois, alors au revoir. (...) Donc tous ces gens-là, ils sont venus nous voir et on était bien embêté parce qu'on a inscrit des gens qui ne parlaient pas un mot de français. On voyait bien que c'était des usagers" (apl 10/intermédiaire). Le problème posé va susciter de nouveaux besoins dans l'équipe et de nouvelles réponses : "nous, on travaille avec un service d'interprétariat et on a trouvé des bénévoles qui viennent nous aider. On a 4 bénévoles qui viennent nous aider avec les Chinois, qui viennent nous aider avec les Russes. Ce sont des usagers, mais ils ne parlent pas un mot de français, ni d'anglais. Alors ce n'est pas facile, mais c'est quand même des usagers. Quand ils vont dans les CSST. Comme dans les CSST ou dans les centres c'est beaucoup basé sur l'écoute et la parole. C'est sûr que l'écoute et la parole, c'est vite vu !" (apl 10/intermédiaire).*

- Une population avant la demande de soins

La clientèle des structures d'accueil n'est pas, ou pas encore, dans une démarche de soins. Dans ce cas le travail, essentiel, se résume au maintien des contacts : *"Nous on voit des gens qui sont extrêmement malades qui se dégradent, qui ne veulent rien faire. Alors ces gens-là ils sont éjectés des circuits médicaux parce que : "Vous voulez rien faire, on peut rien faire pour vous". Nous, on est là. On les côtoie. On essaye de les apprivoiser, d'avancer avec eux, de les écouter, d'être là, même si on ne fait rien. Et ce n'est pas facile pour un médecin de ne rien faire. Ce n'est pas facile de ne rien faire. De laisser la personne avancer à son rythme et même parfois reculer" (apl 10/intermédiaire).*

- Une population en demande de soins, mais...

Lorsque la demande de soins existe, les critères d'éligibilité au système de soins sont trop contraignants. À l'origine de la mise en place des dispositifs étudiés, il y a le constat que la population des usagers de drogues, en particulier injecteurs, est difficilement atteignable et bénéficie peu des dispositifs de soins existants dont les conditions d'accès sont souvent trop contraignantes. Ainsi l'existence de lieux d'accueil spécifiques aux usagers de drogues reposerait notamment sur le fait que ceux-ci sont rejetés des autres structures. Les dispositifs mis en place, que ce soit de l'accueil en boutique ou de la distribution de méthadone sur le bus, présentent l'intérêt d'être d'accès facile et, de fait, pour le bus par exemple l'objectif est rempli puisque le dispositif permet de toucher une population qui n'est pas touchée par le système de soins spécialisé : *"Plus de 50 % des gens qui viennent, ils n'ont jamais eu de demande de soins ailleurs. (...) On a un questionnaire d'admission, on leur demande : "Est-ce que vous avez déjà été suivi ? Est-ce que vous avez déjà eu un contact avec un CSST, un centre spécialisé ?" Et plus de 50 % des gens n'avaient eu pas de contact avant" (apl 10/intermédiaire). En effet le système de soin, que ce soit l'hôpital ou un CSST, est perçu*

comme trop rigide : *"le gros critère, c'est l'aptitude à pouvoir se rendre à des rendez-vous réguliers à heure précise. Tout dépend également du degré de marginalisation dans lequel le patient est. Tout dépend du profil du patient. Il y a des patients pour qui je sais d'emblée qu'une structure hospitalière ne va pas convenir. Parce qu'il y a un minimum de cadre rigide. Ça c'est sûr que je ne pourrais pas l'adresser. En fait c'est par la souplesse du fonctionnement au bus que j'adresse au bus"* (part 2/intermédiaire).

- Les laissés pour compte de la psychiatrie

Une autre caractéristique de la population cliente des structures de première ligne a déjà été signalée, c'est le besoin d'une prise en charge psychiatrique : *"Et puis des gens qui sont aussi... depuis que la psychiatrie ne fait plus de prise en charge longue. On ne fait que des hospitalisations courtes. On s'est retrouvé avec tout un nombre de personnes qui résidaient dans le secteur psychiatrique depuis 10, 9 ans ; qui maintenant sont en errance dans la rue et se retrouvent dans la rue dans des milieux comme ça. Donc il y a pas mal dans les boutiques des gens qui ne peuvent pas s'inscrire ailleurs et que la psychiatrie ne reçoit plus"* (part 6/intermédiaire).

Ainsi la clientèle des boutiques reflète aussi ce problème de déficit de la prise en charge psychiatrique.

2°) Les stigmatisés de l'usage de produits illicites

La stigmatisation sanitaire et sociale dont souffrent les usagers justifie en retour, pour un certain nombre d'intervenants, une discrimination positive à l'égard de ceux-ci. Ainsi, et c'est là qu'on voit que ces dispositifs s'inscrivent bon an mal an dans la chaîne du soin, la clientèle ne peut pas être une clientèle de simples marginaux, non usagers. Cela est vrai bien sûr pour le bus méthadone qui a vocation à distribuer un produit de substitution, mais c'est vrai aussi des lieux d'accueil.

Ainsi définir sa clientèle c'est aussi, plus ou moins implicitement, définir ceux qui n'en font pas partie. Les boutiques sont constamment confrontées à cette question de définition de la clientèle. Dans quelle mesure la seule marginalité sociale est-elle une porte d'entrée légitime pour ces dispositifs ? Comment sans se renier, opérer ces définitions de clientèle par rapport aux produits comme par rapport aux conditions de vie ? *"On ne les [les usagers de drogues] accueille pas ailleurs. Donc c'est important que l'on ait un accueil spécifiquement pour eux. En même temps pourquoi rejeter d'autres personnes qui sont autant dans la galère que d'autres ? C'est un problème"* (apl 4/junior). La situation doit être gérée avec doigté par le dialogue. En effet, l'infirmière par exemple se sent *"incapable de dire à quelqu'un "toi tu n'es pas tox""*, dès la première entrevue, car pour elle *"le bon client*

c'est celui qui est en détresse déjà puis qui sonne à la porte qu'il soit alcool, tu rentres et après on voit, après il faut quand même suivre, il faut être dans la fourchette de la population ciblée et pour ça aussi par contre on n'a pas encore cadré sur alcoolique, toxico, parce que souvent c'est mélangé, il y a une polytoxicomanie alcoolisme. (...) Normalement celui qui n'est que alcoolique, il n'a pas sa place ici, il y en a eu 2 ou 3 par contre qui n'étaient ni alcooliques ni toxicos mais qui étaient en détresse parce qu'ils étaient sans papier, évidemment, eux, quand je cause avec eux la première fois j'ai pas de mal à leur dire bon c'est pas trop sa place mais je fais toujours l'effort de lui dire bon tu peux aller là, de leur photocopier les endroits où ils peuvent manger, mais il n'y a pas de bon client, le bon client c'est la personne en détresse, après faut trier, on trie en discutant" (apl 2/junior). Ainsi on voit apparaître la question de l'alcool qui pose des problèmes de frontière qui ne sont pas résolus et aussi comme on le verra, qui suscite des représentations particulières.

3°) Les stigmatisés de l'usage d'alcool

Le critère du produit pose aussi problème. Quelles sont les drogues qui sont prises en compte dans la définition de la clientèle ? Certes l'usage d'alcool est répandu parmi les usagers de produits illicites, mais dans ce cas l'identité dominante reste celle que confère le produit illicite. Le problème se pose pour celui qui ne consomme que de l'alcool. Les nouvelles positions de la MILDT tendent à considérer comme des drogues tous les produits psychotropes qu'ils soient licites ou illicites, en dépit de représentations qui restent très différentes : *"On considère l'alcool comme... je trouve que c'est bien que l'on classe l'alcool dans les produits stupéfiants... Sauf que c'est rentré dans la culture de la France et d'autres pays. Donc on a une approche différente et un discours différent dessus"* (apl 4/junior).

Certains en restent aux catégories traditionnelles, produits illicites et usagers injecteurs : *"Justement, notre rôle en gros c'est d'accueillir les consommateurs de produits illicites avec une prédilection pour les injecteurs. Les boutiques, c'est dans cette logique-là"* (apl 9/senior). Cela suppose une certaine sélection qu'il revendique même si elle n'est pas faite avec sévérité : *"Maintenant on les repère. D'abord on lui pose des questions. Les comportements, la façon de faire. Justement, il y a des gens qui trichent entre guillemets. Ce n'est pas des tricheurs... parce que... pour être accueilli. Il n'y pas tellement de structures d'accueil dans le département. Pour être accueilli ici, ils savent ce que nous faisons. Ils arrivent : "Moi je suis toxicomane". Tu poses 2 ou 3 questions et tu comprends tout de suite, les rapports qu'ils ont aux produits, la substitution. Tu parles de 2 ou 3 trucs. Tu t'aperçois tout de suite s'ils sont vraiment dans cette logique-là ou non. Et après c'est le comportement, c'est la façon de faire. Après les entretiens. Nous faisons des entretiens formels. Nous demandons ce que nous pouvons faire pour la personne"* (apl 9/senior).

D'autres laissent la porte ouverte à une évolution possible : *"Il n'y a pas une franche sélection. Elle se fait un peu quand même parce qu'il faut que les gens aient quand même un peu à voir avec les questions de drogue. On se pose des questions sur les questions d'alcool. Mais on n'a pas beaucoup de réponse là-dessus. Cela fait partie des chantiers à venir. Donc il n'y a pas une franche sélection ; sauf que cela va quand même taper dans une population d'usagers de drogue 30-40 avec des parcours chaotiques. Où la prison est à tous les coins de rue. Où la question de la survie, ce n'est pas rien"* (apl 16/senior).

Mais souvent les intervenants, même s'ils le disent avec un certain malaise, voient des différences entre le "toxicomane", usager de produits illicites et éventuellement aussi d'alcool, et l'"alcoolique", usager d'alcool seulement. Le malaise autour de la définition de ces catégories tient d'une part à leur manque de légitimité au vu des nouvelles orientations de la MILDT, mais aussi au fait que sans que cela puisse être exprimé de façon rationnelle l'"alcoolique" est définitivement perçu comme différent. C'est une catégorie dont la naturalité semble acquise. D'ailleurs le premier argument de construction de cette catégorie tient à ce qui est ressenti comme le plus rationnel et légitime : la clinique.

Les intervenants voient souvent dans la clientèle alcoolique des comportements et des cliniques différentes. La mise à l'écart des alcooliques repose sur des arguments qui tiennent à l'incompatibilité des populations qui auraient du mal à cohabiter ou à la nécessité de faire appel à des compétences différentes : *"Ouais ça, ça reste un débat. Parce que c'est deux publics qui ont parfois du mal à cohabiter, parce que concrètement l'effet de l'alcool et l'effet de l'héroïne sont pas les mêmes et après les comportements à gérer sont pas les mêmes c'est-à-dire que un gars qui est défoncé, il se met dans un canapé, il dort, un gars qui est défoncé à l'alcool il peut devenir agressif bon ça c'est un débat la place des buveurs en boutique"* (apl 8/junior) ; les (ex) usagers qui consomment de l'alcool ne le feraient pas de la même façon que les alcooliques et donc on ne pourrait pas les traiter de la même façon : *"Moi je pense que ce n'est pas la même clinique. Ce n'est pas la même approche. Ce n'est pas les mêmes passés et ce n'est pas les mêmes raisons. Et je ne travaille pas du tout de la même façon. Il y a une unité d'alcoologie ici, dans l'hôpital aussi. Alors c'est vrai que notamment nos patients substitués... Alors est-ce qu'avant quand ils prenaient de l'héroïne, on ne leur a jamais posé la question : "Combien vous buvez de bière par jour ?" Tandis que maintenant on leur pose. Donc effectivement, se révèle le problème de l'alcool. Moi j'ai l'impression qu'ils s'alcoolisent, comme ils se défoncent. C'est-à-dire qu'ils s'alcoolisent avec des cachets, pas que de l'alcool d'ailleurs. C'est beaucoup de la bière. De la bière forte, celle qui "bang", te casse bien. Cela revient au même que l'héroïne, "Je ne pense plus, je ne souffre plus". Cela a cette fonction-là. De casser pour ne plus penser parce que la pensée ça fait souffrir. Donc ce n'est pas la même chose que..."* (part 6/intermédiaire). Mais au delà des arguments de type clinique nous avons, dans un cas, rencontré une réaction de rejet des personnes alcooliques qui, tout en se présentant comme un sentiment individuel, s'exprime sans fard : *"La clientèle après c'est... Moi c'est*

personnel j'ai un problème avec les alcooliques et il y a un débat maintenant on est supposé s'occuper de toutes les dépendances. (...) Quand ils montent ultra bourrés et qu'en général ils sentent ultra mauvais et qu'ils répètent des trucs en boucle ça me saoule un peu" (apl 7/junior).

Cependant du point de vue des décideurs, la spécificité professionnelle que conférerait la spécificité de la clientèle peut être contestable. L'un d'entre eux semble s'agacer de ce qu'on lui renvoie deux images différentes de l'alcoolique et du toxicomane et aussi que cela impliquerait une spécificité chez les intervenants : *"C'est ce qu'ils disent... parce que si cela sert chez les toxicomanes [leur capacité relationnelle] pourquoi ils ne pourraient pas le faire chez les alcooliques"* (responsable administratif 7/senior). Pour ce décideur, plutôt que d'enfermer les professionnels dans un champ d'intervention spécifiquement lié à une clientèle définie par le produit, il vaut mieux former les professionnels des autres champs à la spécificité de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Il est intéressant de noter que les stigmatisations sociales dont font l'objet d'une part les usagers de produits illicites, d'autre part les usagers d'alcool, se retrouvent dans les représentations que chacun des groupes a de l'autre : *"c'est 'n'importe comment moi je suis pas drogué, eux c'est des drogués moi j'ai un petit problème avec l'alcool et puis c'est tout" et dès que ça va mal et tout "là-bas, dans le fond, dans les tiroirs, ça sent, c'est les alcoolos ils puent ils sont dégueulasses" et en fait on a ça.... Et puis chacun dit à ses potes qui sont dehors oui tu peux venir, c'est entre eux... et les usagers d'alcools c'est pareil... en fait c'est deux clans..." (apl 1/senior).*

On peut s'interroger sur cette spécificité des produits illicites souvent mise en avant pour la clientèle, comme si les intervenants valorisaient cette "distinction" que conférerait le travail avec des usagers de produits illicites. Certes c'est bien l'objectif de leur mission de s'intéresser à ceux que la loi exclut. Par ailleurs, la mise en place des savoir-faire de la rdr a reposé sur la mobilisation des connaissances des usagers de produits illicites, usagers qui pour certains ont parfois intégré les équipes et avec lesquels il a fallu mettre en place des normes professionnelles. En outre, les pratiques de travail communautaire visent à valoriser l'apport des usagers dans l'élaboration d'outils de prévention efficaces. Tout cela fait que les pratiques illicites font légitimement partie du référentiel des intervenants et leur donnent une touche distinctive à laquelle peut-être ils sont attachés même si, on l'a vu, il n'est pas toujours facile de travailler avec ce "savoir coupable".

En conclusion, il semble que la clientèle ait deux spécificités, la première serait de cumuler des situations complexes à résoudre et la deuxième tiendrait à l'usage de produits illicites. La première nécessite de jouer sans cesse avec les normes du fonctionnement de la bureaucratie et la deuxième de jouer avec la norme pénale. Dans les deux cas, il s'agit d'un travail d'assouplissement des normes dont la légitimité n'est jamais acquise.

Si les acteurs se définissent par la spécificité de leur clientèle, ils n'ont pas pour vocation de construire des ghettos pour celle-ci mais de servir de médiateurs entre cette clientèle et les dispositifs de soins ou de prise en charge sociales. Nous envisageons ci-dessous l'ensemble des relations partenariales, de toutes natures, que les acteurs assument et construisent.

IV – LES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

Nous n'avons pas cherché à définir *a priori* les termes de réseau et de partenariat, parce que nous voulions laisser s'exprimer toutes les modalités des liens qui se créent avec d'autres professionnels à l'extérieur des dispositifs observés, quels que soient ces professionnels, la nature des liens évoqués et leur degré de formalisation. Ce que nous décrivons ici englobe donc les différents cercles de partenaires et en même temps les différents types de relations.

1°) Les partenaires

Si on va du plus large au plus spécifique, les partenaires sont potentiellement tous ceux qui interviennent sur le territoire ou qui interfèrent avec la population des usagers : les élus, la ville, la police, la justice, les acteurs de la politique de la ville, les partenaires professionnels, les partenaires professionnels institutionnalisés en réseau, les partenaires de la rdr qui sont d'une part les mandataires et financeurs et d'autre part les alter ego de la rdr.

A) Le partenariat de territoire : l'occasion d'expliquer ses objectifs et de les faire reconnaître

La coordination des services de l'État est facilitée par l'existence d'un chef de projet toxicomanie sur le département. Celui-ci peut notamment s'avérer très utile pour faire accepter la rdr par les services de police : il convient en effet de négocier l'ordre des priorités : *"C'est compliqué, je vais vous dire parce que cette réduction des risques, elle ne se fait pas facilement. (...) Ce qui est arrivé à mon prédécesseur, c'est qu'au départ, on implantait des distriboxx et puis derrière il y avait des policiers qui interpellait. Donc avec Monsieur X, nous avons eu une négociation avec le directeur de la Sécurité Publique pour dire avec les chiffres : "Voilà où nous en sommes. Nous n'avons plus d'overdoses. Nous avons peu de nouvelles contaminations, pratiquement plus. Laissez-nous travailler. (...) C'est lui qui est chef de projet toxicomanie. Donc en fait, c'est lui qui coordonne l'ensemble des interventions des services de l'État. Cela facilite les*

choses" (responsable administratif 4/senior). Mais chaque municipalité a son mode d'approche, il n'est pas toujours simple de se faire reconnaître. Les objectifs d'ordre public sont parfois perçus comme en contradiction avec les objectifs de soins et de prévention : *"Pour nous le 1^{er} choix d'emplacement d'une action de réduction des risques, c'est aller à l'endroit où l'on peut aller de la façon la plus favorable atteindre les usagers de drogue les plus en difficulté, les plus cachés et où on va pouvoir les voir le plus, le mieux, l'endroit qui est le plus adapté à leur pratique, à leur sécurité, etc. Maintenant si on nous dit "Mais non, on ne veut pas, parce que justement cet endroit-là, on veut le nettoyer, on entre en contradiction et en affrontement parce que quelque part c'est toujours l'aspect voisinage, sécuritaire qui va gagner. C'est pour ça qu'on arrive très vite à une confrontation"* (responsable associatif 7/senior). Ainsi à Paris, contrairement à Marseille, il n'est pas possible d'obtenir un emplacement identifiable de stationnement pour le bus méthadone : *"À Paris (...) on négocie depuis des mois (...) on n'a jamais eu d'emplacement pour le bus méthadone. (...) Comme si cela ne valait pas le coup d'un emplacement avec marqué "Bus de Prévention Médecins du Monde" point. Et ça impossible de l'obtenir"* (responsable associatif 7/senior).

B) *Les partenaires professionnels*

La relation avec les partenaires professionnels va du carnet d'adresses mobilisables à l'appartenance à un réseau institutionnalisé comme un réseau ville-hôpital. Avec les partenaires informels, on peut construire une relation de guichet ou d'alliance.

- **Le partenaire informel**

Le partenaire informel est celui qui rentre dans le paysage, du simple fait du déroulement quotidien du travail. C'est le réseau des professionnels dont on a besoin, celui qui se constitue autour des usagers, souvent entre travailleurs sociaux, éducateurs ou entre soignants, médecins et infirmiers : *"Il y a ceux avec qui on travaille régulièrement qui maintenant me connaissent et en général ça se passe plutôt bien, il y a le service RMI sur C. avec qui ça marche bien, en général le partenariat, ça aussi on en parle beaucoup mais la plupart du temps ça se développe sur des cas concrets c'est-à-dire que tu as une situation, tel usager qui te parle de tel truc que tu connais pas, tu les appelles tu te rends compte que c'est pas le seul à être suivi par cette structure tu vas les rencontrer et c'est comme ça que ça démarre..."* (apl 8/junior). La construction du réseau se fait à travers les patients qui viennent de quelque part et qu'on adresse quelque part : *"un patient peut déjà nous être adressé par une boutique ou le PES. Donc déjà dans ces cas-là, c'est eux qui nous contactent (...) Là ils sentent qu'il y a une étape qui peut être franchie. Donc ils nous l'adressent (...) Et inversement toujours par le biais des patients, un patient nous dit : " Je passe mes journées à la Boutique Z. Et donc du coup c'est nous qui contactons la boutique pour avoir des renseignements sur lui. (...) Donc c'est vraiment*

au cas par cas par l'intermédiaire des patients. C'est les patients qui créent le réseau quelque part en nous racontant par où ils sont passés, (...) qui ils ont vu avant au cours de leurs parcours" (apl 11/intermédiaire).

- Le partenaire guichet ou le partenaire allié

Les partenaires sont parfois vus comme de simples guichets : [les relations sont] *"plutôt bonnes, ça dépend lesquels, ceux qui accèdent à nos demandes on s'entend très bien, ceux qui n'accèdent pas à nos demandes on s'entend moins bien, jusque-là tout est normal"* (apl 3/junior). Dans certains cas on peut même profiter de la bonne volonté d'un partenaire peu informé : *"après il y a tous les travailleurs sociaux du droit commun, ceux-là ils nous connaissent pas forcément sauf les réguliers évidemment mais euh (...) et euh ça peut être un avantage car je ne mens jamais à mes partenaires, mais un partenaire qui nous connaît pas et dont on peut se douter que pour X ou Y raison il sera pas super ouvert euh (rire) dans la prise en charge des toxicos et tout..."* (apl 8/junior).

Mais les partenaires sont aussi des ressources. Ainsi en règle générale, il vaut mieux se souvenir qu'on a durablement besoin d'eux et gérer les échanges subtilement au delà des seules relations bureaucratiques. C'est ainsi que lors des réunions d'équipe on peut entendre des échanges sur ce qu'on peut demander ou non à tel partenaire, sur d'éventuels "droits de tirage" (*"ils nous ont refilé untel"*), ou encore sur la souplesse présumée de l'interlocuteur (*"On leur a déjà vendu untel, on peut bien essayer untel"*), ou au contraire sa probable saturation momentanée (*"il vaut mieux pas exagérer"*).

C) Les partenaires professionnels institutionnalisés : les réseaux

En ce qui concerne le soin, ce réseau est dans certains cas institutionnalisé, c'est l'exemple des équipes ECIMUD et des réseaux ville-hôpital avec qui la boutique et le bus d'échanges de seringues sont en contact.

- **L'équipe ECIMUD** : l'équipe d'intervention et de coordination médicale pour les usagers de drogues (ECIMUD) permet de prendre en compte dans le cadre de l'hôpital, la question des soins aux usagers de drogues. C'est un travail de médiation à l'intérieur de l'hôpital et à l'extérieur : *"Je fais des entretiens, des conseils, des orientations et du travail de liens. Je mets les gens en lien les uns avec les autres donc les patients avec certains soignants de l'intérieur, de l'extérieur de l'hôpital"* (part 5/intermédiaire). Plusieurs professionnels peuvent à y être affectés : médecins, infirmières, assistantes sociales, psychologues. L'équipe reçoit des usagers orientés par la boutique et leur envoie des usagers : les flux vont dans les deux sens : *"Quand ils sont dans le souci, (...) on leur*

téléphone, on leur dit "Il m'a dit qu'il irait" (part 5/intermédiaire). La plupart du temps, quand un usager a un problème de santé, il ne prend pas rendez-vous avec un médecin de ville et il se retrouve aux urgences. Là, il peut contacter l'infirmière de l'ECIMUD pour qu'elle intervienne auprès d'un médecin de sorte qu'il le rencontre entre deux consultations. Dans l'hôpital, l'infirmière de l'ECIMUD répond aux appels "au bip", des collègues, des services et des médecins, lorsqu'ils réussissent à repérer un patient usager de drogues, lequel peut se révéler de lui-même en provoquant du désordre, ce qui se produit plus rarement depuis les traitements de substitution. Pour certains services, la difficulté est de pouvoir repérer un usager de drogue : l'un est resté trois semaines à l'hôpital avant que le service ECIMUD soit appelé. Pour pallier cette déficience, il faudrait promouvoir l'information et "motiver les professionnels au repérage, les médecins, les chirurgiens [tout en leur proposant] une complémentarité dans la prise en charge, dans le soi" (part 5/intermédiaire).

- Le réseau ville-hôpital

Il existe dans le département un réseau ville-hôpital, qui a étendu son champ d'action à la rdr et dont font partie deux des dispositifs enquêtés. Ceux-ci sont donc connus des membres du réseau et ont accès aux ressources de celui-ci : *"Ce réseau date de 1992. Après les premières situations des créations des réseaux pour le VIH. Et puis il s'est ouvert en réduction [des risques] en 95. Et c'est à ce moment-là que je suis devenue coordinatrice. Et puis, en 1999 il s'est ouvert à la précarité. Donc maintenant on a les 3 pôles qui sont VIH, addiction et précarité. C'est un réseau qui essaie lui-même de sortir de la précarité en essayant d'avoir des moyens pérennisés. (...) On a 10 coordinateurs, dont 9 médecins et 1 chirurgien dentiste. Et puis on a une assistante sociale" (part 3/intermédiaire).*

Le réseau a plusieurs fonctions :

- la coordination des soins pour les toxicomanes,
- l'information des membres du réseau à travers des réunions régulières et l'envoi d'une lettre,
- l'organisation de formations.

D) Les alter ego de la rdr

Le carnet d'adresses est aussi constitué des alter ego que l'intervenant connaît dans d'autres associations et avec qui il se sent en confiance et sympathie. Il s'agit là en quelque sorte de partenariat horizontal dont le développement conforte l'identité de groupe. C'est aussi un partenariat qu'on active par exemple à l'occasion d'un projet commun : *"Moi personnellement je fais*

surtout marcher les relations, les gens que je connais. C'est entre guillemets des potes d'autres assos. Sinon c'est des relations professionnelles que l'on a avec les partenaires. "C'est moi, de telle asso (...) C'est surtout des relations de projets. J'étais dans l'organisation de l'affiche sur le passage de seringues. On était plus ou moins à l'origine avec X qui fait partie d'une association à B" (apl 4/junior). Ces projets communs comme la participation à la "mission rave" de MdM sont à leur tour l'occasion d'étendre le champ de ses contacts : "dans le domaine même de la réduction des risques et des autres assos qui font ça... les relations elles sont faciles car comme je disais notamment à la mission rave il y a plein de gens qui se retrouvent, donc en trois ans j'ai pu discuter avec plein de gens... et ils t'invitent à passer dans l'asso voir comment c'est... Donc dans ce domaine-là les relations sont riches voire intéressantes puisque l'on échange, etc." (apl 7/junior). Finalement le monde de la réduction des risques ne regroupe pas tant de personnes, c'est un réseau relativement limité où tous se connaissent personnellement : "C'est tout le réseau de la réduction des risques en France... Parce qu'on se croise dans des colloques, on travaille sur des projets, on se croise et on se connaît tous plus ou moins..." (apl 3/junior).

2°) Les difficultés du partenariat

Le partenariat c'est aussi définir des frontières (A) et un apprentissage professionnel (B). Cela prend du temps et de l'énergie (C). Enfin il est parfois inexistant (D) ou difficile à mettre en place (E).

A) Le partenariat : définir des frontières

La mise en place du bus méthadone a rencontré des résistances. On peut s'attendre à un accueil hostile de ces professionnels qui s'installent aux marges de leur propre profession, parce qu'ils peuvent empiéter sur le terrain des professionnels établis et donner une mauvaise image de la profession : en effet ils sont accusés de se saisir de l'outil (le produit à distribuer) sans se donner les moyens de développer la relation à l'utilisateur, relation qui donne son véritable sens à la distribution du produit. Ce médecin rappelle les résistances qui ont accueilli la distribution de méthadone sur le bus en France en 1998, au prétexte que cela ne répondait pas à *une vraie demande*, dans le sens psychanalytique : *"je me suis fait agresser par des gens (...) qui me disaient : "On ne distribue pas. La substitution n'est pas une urgence". Parce que moi je poussais, je faisais un peu l'avocat du diable : "Eh bien moi, on vient me voir. On est consommateur d'opiacés, on est en manque. Je prescris un produit de substitution tout en sachant que c'est très réducteur ce que je dis là. Évidemment (...) cela ne va pas être la solution à la*

toxicomanie. Cela ne va pas être la solution au problème x, y, z qui les ont amenés pendant 15 ans à être toxicomane. Mais ça va être un outil pour contacter cette personne-là en particulier, cet individu-là. Parce qu'ici le reproche c'était, "Vous allez distribuer comme cela. Vous ne faites pas cas de l'individualité du sujet. Qu'est-ce que vous faites du sujet, de la demande du sujet ?" (apl 10/intermédiaire).

Ainsi chacun doit préciser quelle est sa place dans le dispositif. La définition de frontières est matière à négociation dans les pratiques. En effet, la mise en place d'un dispositif de première ligne peut toujours engendrer un effet de "défaussement" de la deuxième ligne sur la première : le risque est particulièrement vrai pour le bus méthadone. À l'origine, il s'agissait "d'un dispositif expérimental (...) c'était quelque chose que l'on cherchait à tester". L'évaluation a montré son intérêt malgré les écueils. Aujourd'hui, le bus "fait vraiment partie du dispositif. Il rend un service spécifique et les partenaires maintenant l'ont bien identifié". Mais il ne faut pas que cela dédouane les partenaires d'une amélioration de leur propre fonctionnement. En effet, le bus doit faire face à la difficulté que certains CSST renvoient vers le bus leurs patients difficiles ou irréguliers. Pour la DDASS, le bus ne peut pas remplacer ce qui se fait dans un CSST où on a plus de temps pour les patients, il doit rester "une solution de dépannage quand même ou une porte d'entrée dans le circuit de soin (...) c'est bien son objectif" (responsable administratif 5/senior).

B) Le partenariat fait partie de l'apprentissage professionnel

Les partenaires ce sont aussi parfois des décideurs ou des financeurs. Dans ce cas il faut sortir de son petit monde, ces relations sont aussi l'occasion de se définir et de s'affirmer dans son identité par rapport à l'extérieur et aussi d'intégrer des normes de comportement professionnel : "Après à l'extérieur c'est pas toujours très facile, je me souviens quand... on allait au comité de pilotage. Bon là-bas... à part ça ils avaient tous un certain âge, bien habillés et tout on arrivait en sweat jeune, il y avait un mépris, on était transparent lors des réunions...ça, ça joue aussi pas mal, il y a un effort verbal à faire pas mal, il faut bien parler, se mettre en valeur car les gens ils jugent souvent à l'apparence et euh... À force d'aller voir les gens et de répéter le projet et tout... on prend confiance, on en parle plus facilement euh... Et je pense que... il y a des cons partout mais en général les gens dépassent vite ce stade-là de nous voir comme des petits jeunes pas forcément compétents" (apl 7/junior). C'est l'apprentissage des codes du langage, de la présentation corporelle, vestimentaire, codes qu'il importe de maîtriser surtout quand on veut convaincre : "Avec les institutionnels c'est normal. Si tu vas voir un maire ou la DDASS ou tu vas à des réunions générales ou avec les financeurs. Tu vas expliquer ton projet. Ensuite tu vas visiter les hôteliers pour faire un protocole ALT (aide au logement temporaire), en disant : "Je vais te payer dans 1 an. Pas tout de suite. Le nombre de chambres, etc." Tu as intérêt quand même à ne pas y aller en treillis" (apl 9/senior).

C) Le partenariat prend du temps et de l'énergie

Le carnet d'adresses mobilisables, outil indispensable dont tous font état, prend du temps à constituer. L'entretenir demande aussi beaucoup de temps et d'énergie, ce qui n'est pas toujours possible : *"Nos relations avec les partenaires, au début c'est toujours bien, c'est tout beau, on va faire plein de choses, et puis malheureusement ça suit pas derrière, tout de suite après c'est oublié, j'ai fait très peu de partenariat, j'en ai fait sur N., y'a quelques années, le directeur m'avait demandé je peux pas dire grand-chose mais le peu que j'ai vu, c'est dommage y'a pas de suivi derrière"* (apl 1/senior). L'entretien, la réactivation et le partage des contacts est d'ailleurs un thème récurrent des réunions d'équipes. C'est aussi à ces occasions que nous avons pu observer à quel point ces contacts étaient souvent essentiellement interpersonnels : le contact se fait avec tel interlocuteur plus que son institution d'appartenance et si l'interlocuteur est absent ou non joignable, le contact n'existe plus.

D) Un partenariat inexistant et une spécialisation subie

Là où le partenariat est quasiment inexistant, le rôle du bouche à oreille est très important : pharmaciens et médecins libéraux savent qui prend en charge des usagers de drogue. Ces orientations conduisent en partie à une répartition de cette clientèle entre les médecins. En outre, le partenariat entre médecins des centres municipaux de santé (CMS) et médecins libéraux est parfois quasi inexistant, ce qui dessert une prise en charge suivie des usagers de drogues : *"Je pense qu'il y a une cartographie bien précise maintenant (...) Tout se fait de façon tacite. Rien n'est écrit et puis effectivement il y a des médecins libéraux qui ont eu... Je dis ça parce que j'ai eu un jour, un patient qui est venu me voir avec un bout de papier dans sa poche avec mon nom griffonné. Et c'est le médecin libéral qui me l'a adressé sans me téléphoner, sans me présenter le patient. Voilà. En plus il y a une mauvaise communication entre les médecins de CMS et les médecins libéraux. Ce qui complique un petit peu le travail de partenariat que l'on pourrait avoir, qui n'existe pas (...). Je trouve que cela ressemble à une nébuleuse qui manque de coordination"* (part 2/intermédiaire). Ce médecin ressent aussi péniblement le fait de perdre le contact avec les dispositifs de rdr qui orientent des patients vers lui, il se sent seul face à ses patients usagers de drogues : *"Ça je pense que c'est une donnée que j'ai régulièrement en tête. C'est cette solitude"* (part 2/intermédiaire).

E) *La psychiatrie, un "gros souci"*

Cette question spécifique a été abordée sur notre terrain en banlieue et non à Paris, ce qui tient peut-être à la nature des dispositifs enquêtés ou au fait qu'il existe à Paris des dispositifs de prise en charge psychiatriques prenant en compte la précarité. Ainsi la prise en charge en psychiatrie fait l'objet de plaintes récurrentes sur une partie de notre terrain, les raisons de cette plainte sont diverses, de la sectorisation trop rigide pour prendre en compte la situation des sans domicile, aux pratiques professionnelles peu ouvertes aux collaborations, mais la raison de fond semble être la saturation des modes de prise en charge existants. Cette saturation pourrait générer chez les psychiatres, la crainte que le développement de pratiques de réseau, au lieu de favoriser une meilleure orientation des patients, ne soit que l'occasion d'un afflux supplémentaire de patients : *"J'essaye de faire le tour des gens qui pourraient être partenaires par rapport à ça et c'est vrai que tout le monde me regarde en disant... Qu'est ce qu'elle veut ? Qu'est ce qu'elle cherche ? Mais en fait franchement réussir à mettre en place un réseau c'est vraiment pas évident souvent les gens sont réticents, souvent ils prétextent donc quand c'est sur des cas concrets des histoires de secret... je sais pas je pensais qu'on était passé dans l'ère du secret partagé, qu'on pouvait se dire des trucs bon... Et je pense que les gens sautent pas de joie sur une pratique de réseau bon (...) je pense que la psychiatrie en France il y a un état de saturation qui est immense... Déjà qu'eux ils sont saturés alors quand on leur propose un patient toxico ils sautent pas de joie... C'est trop sectorisé... Résultat des courses personne ne s'estime devoir recevoir cette personne (...) c'est juste que du coup c'est une bonne raison de pas le faire"* (apl 6/intermédiaire). De fait dans le département, la psychiatrie ne fait pas partie du réseau ville-hôpital : *"Et donc le secteur psychiatrique n'est pas du tout associé au réseau Ville-Hôpital (...). Donc la psychiatrie pour nous c'est vraiment un gros souci. Ce qui fait qu'il y a effectivement des patients qui vont dans des structures bas seuil (...) et qui sont des gens qui auraient besoin d'une prise en charge psychiatrique depuis longtemps. Et des gens qui très certainement déstabilisent ces structures. Qui nous reviennent après aux urgences. (...) On est très démuné par rapport à ces situations"* (part 3/intermédiaire).

En conclusion, si on voit apparaître différentes formes de partenariat, on voit aussi que ces différentes formes sont constitutives du travail. Si les partenaires sont une ressource, ils sont aussi des cibles pédagogiques. L'assouplissement des normes de fonctionnement dont on a vu qu'il constituait une démarche nécessaire passe par ce travail avec les partenaires. Évidemment là où le partenariat est organisé en réseau, les effets sont multiplicatifs.

Enfin, la description du contenu du travail ne saurait être complète sans la description des fautes au travail et des régulations mises en place. La référence à des normes et des modes de régulation professionnels est un élément clé de la professionnalité. Nous nous sommes donc intéressées au rapport aux normes et aux règles du monde du travail des acteurs.

V – RÈGLES ET NORMES AU TRAVAIL

Est-ce que les règles au travail s'énoncent clairement, comment sont sanctionnés les manquements et les fautes ? Pour les personnes que nous avons interrogées, commettre une faute professionnelle, c'est contrevenir à toutes ces règles qui régissent les rapports avec les usagers et avec l'équipe ou tout simplement contrevenir aux règles d'une vie professionnelle "normale" : respecter les horaires, contrôler sa consommation. Ainsi, on peut distinguer deux sortes de fautes professionnelles, les fautes qui touchent à l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit et les fautes qui touchent spécifiquement à l'activité professionnelle exercée.

Cependant dans un travail qui suppose une relation directe avec un public, s'il existe des règles pour les professionnels de ce travail, il existe aussi implicitement ou explicitement des règles pour le public concerné. En général, les règles qui s'imposent au public sont des règles d'ordre public. On verra en quoi ici l'application de ces règles peut être spécifique.

1°) Les règles et les fautes propres à toute insertion dans le monde du travail

Quand on pose cette question, il y a toujours un moment de réflexion, les règles ne semblent pas si claires et franches que cela : on peut négocier avec elles... Ce temps marque un doute sur la pertinence de la question : on travaille en petit comité, entre soi il n'est pas besoin de règles rigides, les choses peuvent être plus informelles... Tout cela renvoie à un quotidien vécu sur un registre plus interpersonnel que strictement administratif, ce qui est dû aussi à la taille des structures. Cela est vrai aussi du rôle hiérarchique, qu'on a du mal à percevoir comme tel et que d'ailleurs certains "encadrants" ont parfois du mal à assumer. Travailler dans l'associatif c'est à certains égards se démarquer d'un monde du travail "autre" où les règles de présentation de soi-même seraient aliénantes : "*pouvoir aller au travail tous les matins sans avoir à me raser tous les matins, avoir à mettre un costard de merde... Pouvoir rester moi quoi... C'est simple...*" (apl 3/junior).

Pour autant, les règles, même atténuées, existent concernant les horaires notamment. Plusieurs personnes mentionnent cette question des horaires parfois de façon assez véhémement : "*_ Qu'est ce qui est le plus dur dans ton travail ?_ Mon putain de réveil....*" (apl 3/junior). "*Arriver à l'heure. C'est mon problème*" (apl 4/junior). "*Le retard, au bout de quelques retards, ça devient une faute professionnelle*" (apl 1/senior).

Cependant même si les règles existent, elles sont appliquées avec une certaine tolérance : " Il y a les règles du monde du travail, ...être à l'heure (rires), faire son travail, et pas mal, tout ça...". "*C'est comme dans un autre travail, il y a une hiérarchie mais je pense que on n'est pas super fan de ce genre de trucs globalement, on n'est pas parano dans la rdr, on n'est pas super fans de règles trop strictes, trop*

rigides, en plus on est en associatif, on est une petite asso donc il faut pas délirer et on essaie de rester à peu près cool, le poids de la hiérarchie il est pas très fort par contre quand il intervient il peut faire mal" (apl 8/junior).

Cette exigence de ponctualité trouve sa justification, au delà bien sûr du bon fonctionnement de l'équipe, dans la spécificité de la population rencontrée : *"Les horaires... À respecter. Respecter les horaires, c'est quelque part les respecter eux. C'est ça. Ils n'ont pas beaucoup de repères. Alors si nous on ne peut pas leur servir de repère. Si on arrive à n'importe quelle heure"* (apl 14/senior). Ici, notamment le respect des horaires par les acteurs de première ligne est aussi un moyen de reconstruire une temporalité socialisée pour leurs clients, c'est-à-dire des temps sociaux et partagés par le professionnel comme par l'utilisateur. C'est effectivement l'un des premiers vecteurs de resocialisation (pour le chômeur de longue durée, le délinquant mineur, le SDF, etc.).

Ainsi le respect des horaires constitue un point très sensible des règles. C'est aussi un point qui différencie les acteurs : certains sont plus tenus que d'autres aux horaires. Objectivement les contraintes ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Il est vrai aussi qu'il est agréable d'être responsable de ses propres horaires, cela témoigne d'une certaine autonomie et renvoie à un statut dans le travail (c'est le cas du médecin souvent en retard, une façon de réaffirmer l'origine libérale de sa profession dans un contexte de contrat salarié) : *"La grosse difficulté, c'est que les fonctions ne sont pas les mêmes. Il y en a qui sont soumis à des horaires précis par exemple les chauffeurs. Il faut qu'ils arrivent impérativement à 14 h 00 tous les jours pour pouvoir être à 14 h 30 gare de l'Est. Ce qui leur donne des obligations qui peuvent être génératrices de petites jalousies quand ils voient que certains n'arrivent pas forcément à l'heure où ils devraient prendre leur travail. Et ne sachant pas ou sachant que s'ils arrivent en retard, ils partiront en retard aussi. Cela vient de l'identification des fonctions. Et souvent comme cela se fait dans la bonne humeur et qu'on ne veut pas mettre trop de réglementation, ça fait qu'il y a des débordements un petit peu inappropriés. Les gens se prennent à témoin des heures qu'ils font et tout ça. Moi je ne suis pas très respectueux de mes horaires de départ ou d'arrivée. J'arrive avec un 1/4 d'heure de retard. Je ne vais pas manger à midi ; je reste le soir plus. Voilà."* (apl 12/senior).

Au delà des horaires, il y a aussi les règles concernant la consommation de produits psychotropes : *"Je sais pas il y a quoi, ne pas consommer de drogues au travail, ne pas être en état d'ébriété euh..."* (apl 7/junior). *"Oui une autre faute professionnelle qu'il pourrait y avoir c'est arriver clairement chirdé devant les usagers quoi... ou alors faut vraiment être très fort et arriver à assumer..."* (apl 3/junior).

La règle ayant du mal à s'énoncer dans toute sa rigueur, la faute et la sanction ont aussi du mal à s'énoncer et à se construire : la distance est grande entre l'erreur et la faute, la sanction symbolique et la sanction administrative.

"_ Qu'est-ce qui pour toi constitue une erreur, une faute professionnelle. Est-ce qu'il y a cette notion-là dans une association de type humanitaire ?

– *Pas vraiment, chez nous pas vraiment. On va dire connerie, mais pas faute professionnelle*" (apl 14/senior). Dans un autre cas, un responsable répugne à nommer sanction un entretien de ‘recadrage’ avec un intervenant : "*Par exemple tu parlais de X... on l'a pris à trois, on l'a recadré...- C'est pas une sanction ça...*" (apl 5/senior).

De la même façon, la hiérarchie peut être vue de façon plus implicite qu'explicite : "*mais bon les rapports sont beaucoup plus affectifs que hiérarchiques quoi... bon... là il y a jamais eu de véritables sanctions... Je dirais plutôt rapport d'influences que hiérarchie... la hiérarchie bon ba... les sanctions bon il y a des courriers mais qui sont... bon... sans effet je dirais...*" (apl 5/senior). D'ailleurs, cet acteur nouvellement promu responsable présente sa nomination de façon assez abrupte comme quelque chose de violent pour le groupe : "*Maintenant, constituer une équipe alors bon... On m'a bombardé responsable...*" (apl 5/senior). Ces témoignages corroborent nos observations sur la nature particulière, parfois presque paternelle de l'autorité très réelle et énoncée sans possibilité d'appel, qui est exercée. Le mode de faire est presque familial, de l'aîné au cadet, ou de l'enseignant à l'élève. Dans ce cas l'autorité est reconnue, elle est légitime, voire charismatique. Un autre défend une autorité qui ne tiendrait pas à sa position de chef, mais à l'intérêt collectif de l'équipe : "*C'est ma faiblesse dans le sens où moi je ne suis pas quelqu'un qui... Je me considère pas un chieur. J'essaie toujours de faire comprendre aux gens que nous sommes dans un travail complexe, difficile et que c'est l'intérêt collectif de faire en sorte que les choses marchent bien*" (apl 9/senior).

Ainsi contrôle et hiérarchie sont parfois difficiles à dire. Ces notions semblent contradictoires avec le travail dans un petit groupe, mais aussi dans le cadre d'une association à vocation humanitaire où devraient dominer les valeurs de militantisme et de dévouement. En règle générale, les chefs ont parfois du mal à s'assumer comme tels, ils attendent plutôt une adhésion personnelle et de l'abnégation que de l'obéissance, ils sont mal préparés à leur rôle de chefs : "*c'est difficile pour eux de le faire. Ils le disent eux-mêmes que c'est difficile. C'est des médecins. Ce ne sont pas des gestionnaires d'équipes et je pense que c'est une notion importante qu'ils n'avaient pas prévue du travail. Une notion qui leur incombe et qu'ils n'avaient pas prévue quand ils ont créé le programme. Je pense qu'ils pensaient travailler avec des gens qui auraient le même état d'esprit qu'eux. Et qui auraient le même dévouement, le même esprit d'équipe et il se trouve que ce n'est pas le cas parce qu'il y a des gens qui viennent un peu de tous les horizons*" (apl 11/intermédiaire).

Cependant, *in fine*, ceux qui viennent travailler dans ces structures associatives, tout en recherchant cette souplesse de fonctionnement, en viennent parfois à reconnaître qu'une intervention hiérarchique est nécessaire pour installer une certaine discipline de travail : "*Il en faut bien, tu t'en doutes bien. Elle est assez informelle quand même. Mais ce qui me plaisait moi au départ parce que*

les trucs très carrés, très structurés. Si ça avait été ça. (...) Des fois cela n'a pas été assez; (...) Cela date d'un moment. Je dis ça devant toi. Ce n'est pas un secret. Notamment X à l'époque. Il n'a pas pris ses responsabilités. Mais il le dit. Il n'a jamais été bon pour ça. Il le reconnaît. La discipline, ce n'est pas son truc. C'est pour ça qu'Y est bien arrivé pour ça. Il gère pas trop mal avec ses... Comme il est. Il s'en sort pas trop mal. Il fallait quand même. Il essaie" (apl 14/senior).

Ainsi règles, contrôles et sanctions existent parfois sous une forme euphémisée comme c'est souvent le cas dans les petites structures. Par contre, les acteurs sont davantage concernés par les bonnes règles de conduite propres à leur champ d'intervention.

2°) Les règles propres à un champ professionnel particulier

En règle générale, et c'est vrai pour toute structure professionnelle quelle qu'elle soit, "*les choses qui mettent en danger la structure ou les usagers, c'est une faute professionnelle...*" (apl 6/intermédiaire).

Ces choses qui mettent en danger sont propres au champ étudié. Deux caractères s'attachent à ce champ : d'une part, le travail s'exerce dans un rapport de proximité et de restauration du lien social avec un usager marginalisé par sa consommation et souvent sa situation socioéconomique, voire pénale, et d'autre part, le travail s'organise autour d'une logique sanitaire de réduction des risques.

A) Un travail de proximité

Comme dans tout travail de proximité, les règles vis-à-vis des usagers sont claires pour certaines et plus difficiles à formuler pour d'autres : souvent il s'agit de trouver la bonne distance, le bon ton, de naviguer au mieux entre les écueils. Ainsi, confidentialité et anonymat ne doivent pas empêcher le partage d'informations, disponibilité et distance doivent pouvoir se conjuguer, de même qu'on verra plus loin que gestion de la rdr et rigueur sur les illégalités doivent aller de pair.

Si la confidentialité est de règle, quelles en sont les frontières ? Et d'abord confidentialité sur quoi ? Sur le dossier médical, sur la consommation de produits, sur "les choses de la vie" ? "*Il y a aussi des choses qu'on peut nous dire à nous et qu'on dira pas parce que la personne ne voulait vraiment pas que les autres le sachent. Parce qu'on te l'a dit à toi et ça dépend de la relation. Mais en général, la confidentialité, c'est surtout que cela ne dépasse pas les murs de l'asso"* (apl 4/junior). La règle de confidentialité ne doit pas gêner le travail de l'équipe, elle peut notamment être enfreinte lorsque donner une

information permet d'éviter des impairs douloureux : *"Rien que pour nous que l'on soit au courant... Pour éviter de faire des gaffes et dire devant les gens des choses qui peuvent blesser"* (apl 7/junior).

Un peu différent de ce qui relève de la confidentialité, ce qui concerne l'anonymat est très strictement affirmé, l'anonymat entre usagers, mais aussi entre les différents lieux fréquentés par les usagers : *"Maintenir l'anonymat des gens, ne pas parler d'un usager à un autre (...), il y a des gens qui viennent ici à la boutique en disant qu'ils se shootent plus et si on les voit au bus chercher un fix on le dira pas... Il est venu mais on dira pas forcément qu'il est venu cherchez un fix par exemple..."* (apl 7/junior).

A fortiori, l'anonymat vis-à-vis de l'extérieur s'impose, vis-à-vis de la police par exemple. On entre là dans une zone floue où une certaine distance se construit avec la norme pénale. La prise en charge anonyme et gratuite des toxicomanes fait que les rapports avec la police sont nécessairement à sens unique. L'équipe ne peut pas donner des informations sur les usagers aux policiers car il en va de leur crédibilité professionnelle vis-à-vis de leur clientèle sinon *"la boutique peut fermer ses portes"*. Mais pour autant, elle ne peut pas se rendre complice de n'importe quoi. On touche ici à la spécificité du travail avec les usagers de drogues : *"Oui quand on passe au commissariat pour diverses choses. Ils sont bienveillants. Pourtant nous, on n'est pas trop cool avec eux. Ils ne supportent pas que cela soit anonyme quand ils viennent nous demander un truc... Mais donner des renseignements ce n'est pas notre rôle. T'imagines. Si ça se sait, il n'y a plus personne qui vient... Non, non, t'imagines, si ça se sait, plus personne ne vient nous voir. Si on les renseigne. Déjà il y a l'éthique. À quoi ça sert de dire que c'est gratuit et anonyme, si dès qu'il y a un problème cela ne l'est plus. Ça ne veut rien dire. Il faut conserver leur anonymat. Sans les couvrir sur n'importe quoi"* (apl 14/senior). Ainsi les limites sont subjectives, même si, le plus souvent, elles sont discutées collectivement¹³⁴.

Le travail de proximité et de reconstruction de liens suppose aussi une grande disponibilité. Le manque de disponibilité vis-à-vis d'un usager, la "fatigue", sont considérés comme une faute professionnelle : *"Ce qui peut être considéré comme une faute, c'est surtout le manque de disponibilité. Qu'une personne demande de l'aide et qu'on lui réponde : non non je fais autre chose, j'ai pas le temps, etc., le manque de disponibilité ici qui peut être très mal vu. Déjà qu'ils se sentent rejetés, leur dire ici la même chose que dehors, ce serait pas bien"* (apl 2/junior). *"Le fait que les toxicomanes te posent un problème à résoudre et toi tu fais autre chose. Tu dis "je n'en ai rien à cirer" ou tu fais semblant de le faire et tu le fais pas. Cela c'est une faute professionnelle"* (apl 9/senior).

¹³⁴ Il en est de même dans d'autres professions où les limites du secret sont appréciées en conscience par le professionnel. La loi elle-même laisse la place à l'ambiguïté dans l'organisation du secret professionnel, par exemple pour les travailleurs sociaux : ceux-ci peuvent transgresser le secret professionnel dans certains cas, mais ils ne sont pas tenus de le faire ; par contre ils peuvent alors courir le risque d'être poursuivis pour non-assistance à personne en danger.

Cependant, cette disponibilité ne doit pas entraver la capacité,

... à garder la bonne distance, ne pas oublier qu'il s'agit d'un travail : *"Moi je pense que les gens ont pas à être dans les relations personnelles avec les usagers (...) c'est des relations qui peuvent être assez intenses parfois et je pense que les gens ne doivent pas être dans une relation personnelle..."* (apl 7/junior), *"on ne doit pas dépasser certaines limites dans les relations avec les gens... (...) faut considérer que l'on bosse là, prendre du recul"* (apl 7/junior).

... et à se faire respecter dans toutes les circonstances : *"Je ne pose pas de règles j'impose rien... par exemple faut pas me faire chier... Enfin dans le sens où faut pas me manquer de respect, faut pas oublier pourquoi je suis là, ce que je suis censé y faire, faut me respecter... il faut pas se laisser marcher sur les pieds"* (apl 3/junior) ; *"une fois j'ai croisé un gars au dehors et on a été boire une bière voilà, basta mais euh ça là-dessus, voilà bref j'en dirais pas plus (rire), ça c'est un truc important quand même parce que on a pu entendre parler, pas forcément ici, d'histoire entre machin et usagers, tout ça c'est pas très bon"* (apl 8/junior).

Enfin comme dans n'importe quel travail d'intervention auprès du public, des infractions commises dans le cadre de ce travail revêtent une importance particulière parce qu'elles peuvent donner une mauvaise image de l'entreprise ou de la structure dans laquelle elles sont commises, mais surtout parce qu'elles fragilisent la position institutionnelle de l'intervenant et le menacent dans son travail : *"Naturellement si tu achètes de la drogue d'un usager ou si t'achètes un téléphone portable qui est volé. Tout cela c'est des fautes professionnelles. Et ce n'est pas un truc moral ou éthique. C'est le fait qu'après tu te mets en danger. Tu mets toute l'équipe en danger parce que t'as eu une faiblesse avec lui. Il y a une connivence sur des choses où il ne faut pas en avoir"* (apl 9/senior).

B) La logique d'un travail de réduction des risques

Comme on l'a déjà dit, la rdr est un travail aux marges de la loi (chapitre 1). Des comportements illégaux tels que la consommation sur place peuvent se produire. La réponse doit être adaptée. Il faut se saisir des occasions pour essayer de résoudre les problèmes : *"Donc effectivement quand on dit : pas de drogue, pas de violence... On n'est pas dupe quand même. Les mecs qui se shootent ou qui se sont shootés, ce n'est pas une vue de l'esprit. En attendant cela nous permet de bosser un peu avec les mecs. "Attends tu ne vas pas nous dire que tu ne vas pas te taper dans les chiottes. Tu es resté enfermé une heure dans le truc ... Il y a du sang partout. Tu racontes quoi ?" (...). Cela nous permet d'avoir une prise : "Attends, cela fait 3 mois qu'on te dit ça va. (...) Et quand est-ce que tu nous branches sur la méththa. La méththa cela serait peut-être mieux ?"* (apl 16/senior).

On voit qu'ici la faute professionnelle est construite *a posteriori*. C'est seulement si l'infraction ou le dysfonctionnement a des répercussions à l'extérieur qu'on risque de dire qu'il y a

eu faute. On retrouve là la position ambiguë déjà évoquée plus haut, du mandataire public par rapport aux missions difficiles. C'est le "chèque en gris" par exemple, donné aux policiers, mais aussi à tous ceux qui assument des missions délicates (chapitre 1).

Enfin, c'est à propos des questions sur les fautes professionnelles qu'un des intervenants a pu exprimer toute l'ambiguïté de cet entre-deux dans lequel il se sent. Cet intervenant est un (ex) usager qui a participé à des missions de "testing" dans les raves. Embauché notamment pour sa capacité à dialoguer de façon compétente avec les consommateurs, il n'en est pas moins passé de l'autre côté de la barrière, et analyse très finement les responsabilités que cela lui confère. Il y a des fautes à éviter tant dans la mission qui consiste à glaner des informations que dans la mission qui consiste à en donner. Dans l'échange qui permet à l'intervenant de s'informer sur les produits et les modes d'usage, il ne doit pas laisser filtrer ce qu'il sait et que l'autre ne sait pas. Enfin l'intervenant est dans la situation difficile de donner des informations sur les bonnes façons de consommer, sans pour autant inciter à la consommation, ni avoir l'air de donner son accord :

"Quand on fait de la réduction des risques par rapport au fait... qu'on peut fournir sur les produits, les modes d'usages tous ces trucs- là... Euh... On est sur le fil du rasoir (...). Donc il faut réussir à glaner des infos sans en donner qui pourrait mettre la personne en difficulté... faut jamais perdre de vue ce genre de chose... ça peut déraiper très vite sur un mot, une phrase, un truc... notamment en testing c'est là où c'est le plus flagrant, on est jamais là pour dire que le produit est bon, on est là pour dire que c'est pas bon... Et la question qu'on aura toujours en face de nous c'est "Ça va c'est bon ?" ... Non, c'est pas bon... C'est ce que tu cherches..."

(...) quand j'ai découvert le testing, j'ai appris à affiner... Et puis tu passes de l'autre côté de la barrière, tu es un intervenant tu n'es plus un simple consommateur à l'intérieur d'une soirée qui va discuter avec un autre consommateur dans une soirée et échanger des conseils..." (apl 3/junior).

Cet extrait d'entretien illustre bien que le risque de la banalisation de la consommation, risque parfois attribué à la rdr par ses détracteurs, fait ici l'objet d'une élaboration professionnelle : la banalisation serait en réalité la conséquence d'une faute professionnelle ou au moins d'un défaut de compétence.

Mais la démarche qui consiste à s'adresser à des ex-usagers dans l'idée d'utiliser leur compétence concernant les produits, les modes de consommation, les marchés, bref dans l'idée d'utiliser leur habitus ne va pas sans risque, ni pour eux qui dès lors ne rompent pas avec le milieu de la drogue, ni pour la structure. La gestion de ces fautes professionnelles que constitue le fait d'acheter, ou d'acheter pendant son travail est parfois douloureuse : *"j'avais une personne qui avait acheté des produits dans le cadre du bus, qui travaillait avec nous. Il y a une personne de l'équipe qui est venue me le dire. Moi j'ai dit : " Écoute, s'il le refait une autre fois, tu me le dis. Mais laisse tomber. Mais s'il le refait une*

autre fois, tu m'en reparles". La personne l'a refait et moi j'ai été obligé d'en parler au directeur. Cela m'a beaucoup dérangé. Mais bon" (apl 9/senior).

L'usage, s'il existe, ne doit pas interférer avec le travail et ne doit pas être "visible", mais de fait, la demande complexe qui s'adresse à ces intervenants est parfois à la limite du paradoxe : *"Quand on bosse en proximité avec des gens qui sont dans le milieu prostitutionnel, on ne leur demande pas d'arrêter de se prostituer forcément. Ou des mères africaines de je ne sais pas où, d'arrêter d'être mère africaine. (...). L'auto-support, c'est bien gentil. Mais il y a des domaines dans lesquels cela gratte un tout petit peu plus que dans d'autres (...)"* (apl 16/senior).

Dans certains cas la faute ne sera caractérisée que dans le cadre du travail : *"Enfin tant qu'on a décidé du temps de boulot et qu'on est d'accord sur les règles du jeu. De ne pas être à l'Ouest, etc. (...) C'est respecté, basta. Après les gens, ils sont en pause, ils font leur vie"* (apl 16/senior). Dans d'autres, l'usage de produits illicites quels qu'ils soient ne doit pas être visible même hors du travail : *"C'est terrible parce que c'est vraiment toujours sur le fil du rasoir. C'est-à-dire qu'il faut qu'ils restent proches. Mais uniquement dans une position distante. (...). C'est l'objet de blâme voire de renvoi, d'être en contact. Ils ont été vus en train d'acheter dans tel quartier. (...) C'est vrai que cela ne passe pas. (...) C'est logique et c'est paradoxal. En même temps on a toujours pris position pour la légalisation du cannabis. Et une des personnes qui avait subi un blâme, c'était en achetant du cannabis.] On leur demande de continuer à être proche, voire d'amener des gens autour d'eux qu'ils connaissent bien, de les amener à l'association parce qu'ils ne vont pas bien. Mais en même temps il ne faut pas qu'ils... Alors ce qui n'est pas admis, c'est d'être pris à consommer"* (responsable associatif 4/senior).

Enfin signalons un dernier type de contrôle, celui qui concerne la méthadone : ici, les contrôles mis en œuvre sont d'ordre technique et légal, par exemple il existe un contrôle très strict des stocks de méthadone, par des professionnels du contrôle des poisons (les pharmaciens) extérieurs au dispositif même : *"Et sinon il y a aussi par rapport à notre activité par rapport aux produits, on a le contrôle de la pharmacienne aussi. Contrôle qui a lieu une fois par semaine et qui vérifie qu'il n'y pas de problème par rapport aux doses. Enfin qu'il n'en manque pas par rapport à ce qui a été donné qui gère le stock de bidons"* (apl 11/intermédiaire).

3°) Les règles qui s'imposent aux usagers

Travailler dans la rdr suppose d'accepter, ou au moins de faire abstraction, du comportement illégal des clients de l'institution : ils consomment des produits illicites mais aussi les achètent et pour certains les vendent, sans compter que ces comportements peuvent se combiner avec des insertions délinquantes, des vols, recels, etc. Il convient donc de concilier

l'accueil le plus ouvert possible dans une attitude de non jugement, et la protection du groupe des usagers, l'équipe et le lieu, des affaires de violence, de vols ou de trafic. Dans certains cas, les règles donnent lieu à un règlement intérieur qui est discuté avec les parties prenantes : *"En fait il y avait un premier truc de règlement intérieur, très minimaliste. Genre : pas de drogue, pas de violence, pas de deal... Et puis il y a eu une reprise avec les usagers notamment. Et la préoccupation casier, c'est une préoccupation usager entre autre. C'est leur casier. Après il y a quand même clairement le souci de ne pas se retrouver dans la boutique avec recel, stockage d'armes ou de dope. On serait quand même un petit peu dans le souci là-dessus"* (apl 16/senior). Dans la mesure du possible les choses seront gérées de façon interne, en effet comme dans n'importe quelle structure celle-ci peut avoir intérêt à gérer les problèmes discrètement. Un grand magasin par exemple peut avoir intérêt à gérer le vol à l'étalage, d'ailleurs pudiquement englobé dans le terme de "démarque", de façon privée pour éviter de donner une mauvaise image de lui-même et de sa clientèle. C'est aussi le cas de certains directeurs d'établissements scolaires qui font eux-mêmes la police dans leurs locaux, pour garder une bonne réputation. De façon similaire ici, on tâchera de régler les choses à l'intérieur des murs, dans ce microcosme protecteur où le rapport à la loi se reconstruit petit à petit et momentanément à l'abri des regards. Il y a en quelque sorte une gradation dans le contrôle : *"C'est vrai que si on en chope deux en train de faire un business, on ne va pas appeler la police. C'est évident. Par contre on va leur rentrer dedans. Si ça commence à se savoir qu'il y a du business ici, on est mort (...) ici, c'est une bulle, mais dès qu'on ouvre la porte, ce n'est plus la bulle. On rentre dans le droit commun"* (apl 16/senior).

La gestion interne doit en effet tenir compte de plusieurs dangers : la détérioration des relations entre les usagers eux-mêmes, entre les usagers et les intervenants, et enfin entre l'association et l'extérieur. Lorsque le danger est jugé grave, la sanction d'exclusion de la structure peut être prononcée pour un usager. Nous avons pu assister à quelques cas de ce genre : un usager qui, malgré de multiples rappels à l'ordre, continuait de se piquer dans les toilettes, un autre usager qui avait fait scandale dans la rue devant la boutique et un troisième qui était menaçant pour les autres et pour l'équipe. Chaque fois l'exclusion pose problème, semble contradictoire avec la démarche d'accueil. Elle est souvent prononcée avec sursis au moins dans un premier temps. Elle traduit le fait que même dans ce lieu d'accueil que constitue une boutique, il existe un lien de contractualisation explicite avec les usagers, lien dont on peut suggérer qu'il reproduit le lien de contractualisation implicite qui existe entre la société environnante et les usagers de drogues : rendre l'usage invisible sinon acceptable.

Une fois encore, ici à propos des règles et des fautes au travail, au delà des caractéristiques attendues d'un contexte de travail associatif, on voit courir en filigrane la norme pénale qui donne le contexte, tant des fautes professionnelles du travail de proximité que de celles de la rdr.

