

Sous l'égide de la DASS 75, pôle Santé Publique



Les squats et scènes ouvertes d'usagers de drogues dans le Nord Est Parisien et à Saint-Denis ces cinq dernières années

Bilan et perspectives des actions collectives

Mars 2010

Magali Martinez
Chargée de Projet

Table des matières

Introduction	7
<i>Rappel des origines du projet</i>	8
<i>Objectifs de la démarche</i>	9
<i>Méthodologie mise en œuvre</i>	10
<i>Déroulement du rapport (prévisionnel)</i>	11
 1. Lorsque l'histoire bégaie : autopsie du phénomène	15
1.1. Les registres sémantiques des mots squat et scènes ouvertes	15
1.1.1. Des lieux en tension avec le droit.....	15
1.1.2. La quête d'un habitat.....	16
1.1.3. Une socialisation intense et irrégulière	17
1.1.4. Les drogues et l'économie informelle	18
1.2. Les publics rencontrés sur les sites	18
1.2.1. La régularité de la présence sur le site	19
Le noyau dur.....	19
Les périphériques et les irréguliers.....	20
Les vendeurs et rabatteurs	20
1.2.2. Les items classiques de caractérisation des publics	20
Le genre et l'âge.....	21
Les origines géographiques	21
La situation vis-à-vis du logement	21
La situation administrative	22
La situation des revenus	22
Les produits et modes de consommation	22
En fonction de l'ancienneté de la consommation.....	23
Les anciens consommateurs	23
Les jeunes consommateurs.....	23
Les nouveaux consommateurs.....	23
1.3. Les acteurs concernés par le phénomène de regroupement d'usagers	24
1.3.1. Les habitants.....	24
1.3.2. Les acteurs du droit commun socio-sanitaire	25
1.3.3. Les acteurs politico-administratifs	25
1.3.4. Les acteurs de l'aménagement du territoire	26
1.3.5. Les acteurs de l'addictologie et des CAARUDs	26
1.4. Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le territoire	27
1.4.1. Une mobilité spatiale sur des friches urbaines	27
1.4.2. Une temporalité cyclique	28
Selon la dynamique du produit.....	28

Selon la dynamique du territoire	29
Selon la dynamique de l'intervention médico-sociale	30
2. Le dispositif de l'action inter professionnelle et institutionnelle avec les sites de regroupement d'usagers de drogues	32
2.1. Prise de connaissance du site et activation du réseau inter-professionnel et institutionnel.....	32
2.1.1. L'entrée sur site	33
Plusieurs acteurs précurseurs possibles.....	33
Du côté de la RDR, préparation de l'invitation à entrer et anticipation de la demande d'aide	33
2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle	34
2.2. L'intervention médico-sociale : approche par la prise en charge du groupe d'usagers sur le site.....	35
2.2.1. Les tâches communes aux CAARUDs.....	36
Observer et évaluer le site	37
L'accompagnement collectif du groupe en vue de l'évacuation.....	37
La veille sanitaire et l'articulation avec l'apport de professionnels du champ social	38
L'aide alimentaire	39
La gestion des tensions.....	39
La démarche de Réduction des Risques (RDR).....	39
2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site.....	40
Gaïa Paris : un apport sanitaire et social	41
Ego et Aides 93 : l'appui sur le communautaire	41
L'Association Charonne : un regard vers les femmes.....	41
La Terrasse - ELP : le lien avec le secteur psychiatrique.....	42
Coordination Toxicomanies : La médiation avec le territoire.....	42
2.3. L'intervention médico-sociale, l'approche par la prise en charge globale de la personne en amont et en aval de l'évacuation.....	43
2.3.1. Caractériser le consommateur par les outils : Un processus de recueil des miettes de vie.....	44
2.3.2. Le parcours coordonné d'une prise en charge individuelle.....	45
La structure référente du suivi social	45
La structure en charge de l'hébergement	45
La ou les structures en charge d'un suivi sanitaire, spécialisé ou de psychiatrie.....	46
2.3.3. La centralité de l'accompagnement individuel	46
2.4. Les outils utilisés par les CAARUDs	46
2.4.1. Les outils majoritairement communs aux CAARUDs.....	47
La feuille de route ou le compte-rendu des passages	47
Le DIPEC	47
2.4.2. Les outils utilisés par Coordination Toxicomanies	47
Les tableaux sur Excel.....	47
Les vignettes cliniques	48
2.5. Les interventions sur des situations d'urgence.....	48

Situations d'urgence collective	48
Situations d'urgence individuelle.....	49
2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire.....	49
2.6.1. La cristallisation du dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle autour de l'évacuation	50
2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives.....	50
3. Forces élaborées au cours des cinq ans d'expériences : jalons à développer pour une intervention collective cohérente.....	53
3.1. La sensibilisation et l'implication des institutions politico-administratives	53
3.2. L'élaboration d'un savoir-faire et savoir-être dans l'intervention sur site.....	54
3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre »	55
3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues	56
Exemples des différences de pratiques au quotidien.....	57
Un rassemblement autour d'une vision globale de la RDR	58
3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site.....	58
La délivrance du matériel de prévention	59
Se baser sur les conseils de Santé.....	59
Se baser sur la dynamique de mobilisation des occupants	60
3.3. L'apprentissage d'une intervention coordonnée	61
3.3.1. L'animation de la coordination interprofessionnelle et institutionnelle par une structure de terrain.....	62
3.3.2. Une amélioration technique des outils d'évaluation et de coordination	63
3.3.3. Une évolution dans la définition des buts des outils	63
Observer, évaluer, caractériser le consommateur et les sites	64
Rendre visible les apports croisés des structures dans une prise en charge des consommateurs de drogues durant l'action collective et post-évacuation	64
3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site	64
Maintenir des suivis individuels post-évacuation	64
Proposer et élaborer une offre d'hébergement adéquate à la personne.....	65
Rendre accessible l'offre socio-sanitaire au-delà de la RDR.....	66
3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels	66
3.4.1. Avec les services généraux du territoire	66
3.4.2. Avec le secteur de l'hébergement d'urgence	67
3.4.3. Avec la Sécurité Publique	67
4. Faiblesses repérables au cours des cinq ans d'expériences : des ressorts en quête de résilience.....	69
4.1. L'articulation entre les acteurs de la RDR	69
4.1.1. Une non systématité du signalement du repérage du site et de la concertation	69
4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale	71

La crainte de l'interventionnisme.....	71
Des interrogations sur l'usage des données recueillies	73
4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils.....	74
4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels.....	76
4.2.1. Avec les services généraux de l'aménagement du territoire	76
4.2.2. Le secteur social	77
4.2.3. Le secteur sanitaire.....	77
4.2.4. Le secteur pénitencier.....	78
4.2.5. Avec la Sécurité Publique	78
4.3. Les manques dans l'intervention collective médico-sociale	78
4.3.1. Des créneaux horaires non couverts	79
4.3.2. Des permanences avancées d'accès aux droits sociaux	79
4.3.3. Les publics des femmes et des jeunes	80
4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation	81
4.4.1. Les offres d'hébergements proches du secteur spécialisé.....	81
Les possibilités internes à la RDR saturées.....	81
Une offre hôtelière exceptionnelle et à court terme	82
4.4.2. Les offres du droit commun, un accès mince et fragile.....	83
4.4.3. Des situations individuelles orphelines de perspectives.....	84
4.4.4. Le projet PROSES, un tremplin pour des projets alternatifs.....	85
5. Les « prises » à affirmer pour assurer la transversalité de l'action des professionnels et institutionnels : sortir de la gestion de crise	87
5.1. L'appui des institutions politico-administratives	87
5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions	88
5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles	90
En direction des consommateurs de drogues	90
En direction des sites.....	92
5.2. Construire une RDR efficiente.....	96
5.2.1. Des actions à soutenir, débattre et développer	96
5.2.2. La formation continue des professionnels.....	97
Une formation à visée généraliste : l'intervention professionnelle en situation de proximité	98
Une formation spécifique pour répondre aux enjeux locaux : la construction d'un partenariat dans le long terme	101
5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine.....	103
5.3.1. Les consommateurs de drogues, à la croisée des logiques et des secteurs.....	104
5.3.2. Ecouter l'absence de demande d'hébergement	105
5.3.3. Ecouter le besoin d'habiter.....	106
5.3.4. Entre l'encadrement médico-social et l'hospitalité des villes.....	109
Conclusion.....	111
<i>Esquisse d'un modèle</i>	111

<i>Bénéfices et Limites</i>	113
<i>Points d'amélioration</i>	116
 Annexes	 121
Exemple de fiche signalétique CAARUD 18.....	133
Extrait sur la méthodologie du partenariat	139
Extrait sur la méthodologie canadienne du programme “housing first”	141

Introduction

« Dans la mesure où nous avons observé la naissance de cette scène ouverte, nous avons pu intervenir rapidement. (...) - Bien sûr que vous pouvez venir. Vous êtes comme notre famille -, nous répondaient les usagers de drogues devant nos craintes de déranger. (...) Même repérés, nous ignorions les vrais dealers (...). Devant une atmosphère de transaction nous préférions nous éloigner. (...) Par notre présence et nos actions de proximité, nous incitions quelques usagers de drogues à se prendre en charge, à s'organiser. L'affluence des usagers de drogues devenait trop importante, l'insalubrité du site empirait (...). Pour répondre à l'urgence de la situation nous apportions du lait, des biscuits, des sirops (...) Ils nous réclamaient des bouteilles d'eau, aussi pour se laver (...). Le nombre de soins infirmiers s'est accru. Nous n'éprouvons pas le sentiment d'avoir installé sur ce site un assistanat, mais une urgence humanitaire dans un souci de santé publique. »

Association Charonne, Antenne Mobile, novembre 1995-novembre 1996.

Quinze ans séparent ce texte des faits visés dans le cadre de ce rapport. Il démontre que les squats et scènes ont existé sur le territoire du nord-est parisien et le sud de la Seine Saint-Denis, bien avant la période couverte par cet écrit. La ressemblance de cet extrait avec les rapports sur des sites plus contemporains interroge, tout en masquant les évolutions. La première d'entre elles étant que si un phénomène ancien redevient d'actualité, c'est que les acteurs le perçoivent et le traduisent différemment que par le passé. Essentiellement, il s'agirait d'une interrogation collective sur comment et jusqu'où mener des actions concertées envers ces sites (squats et scènes ouvertes) et le public (consommateurs polytoxicomanes avec une dominance du crack). Viser les expériences au cours des cinq dernières années, permet en effet une synthèse avec un propos plus général. La compilation des interventions passées intègre une problématique vaste qui touche aux ressorts de toute action collective en proximité avec un public. C'est-à-dire qui exige de la part des professionnels, institutions, et consommateurs, concertation, coordination et coopération¹.

La prise en charge durant l'été 2003 du squat Wilson et de ces occupants est l'événement qui marque une reconsidération, un renouvellement, de l'action vis-à-vis de ces lieux et consommateurs. Au total, 6 squats et 2 scènes ouvertes de grande ampleur ont donné ou donne lieu à des interventions collectives². En effet, depuis 2006, la fréquentation de la scène de Stalingrad fluctue jusqu'à aujourd'hui. Par intervention collective, il faut entendre le fait que des professionnels d'horizons très différents y ont concouru, en reconnaissant à minima l'intervention des partenaires. Ils peuvent appartenir à des champs professionnels qui relèvent de l'Etat (sécurité publique, administrations déconcentrées), des collectivités territoriales, ou bien de l'action sociale, sanitaire ou socio-sanitaire. A l'approche de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), il est utile de marquer un temps d'arrêt, afin de tirer les enseignements de la période écoulée. C'est ce que la DASS 75 a proposé à l'ensemble des Centres d'Accueil d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) de Paris, en missionnant les associations Charonne et Coordination Toxicomanies pour réaliser ce projet de valorisation et de capitalisation des expériences³.

¹ IGAS, *L'intervention sociale, un travail de proximité*, rapport 2005, p.299-368 et 369-378.

² Voir chronologie en annexe.

³ Voir en annexe.

Rappel des origines du projet

Avant d'aller plus loin dans la description des changements et des enjeux qui traversent la thématique sur les interventions collectives passées dans les squats ou scènes, il est utile de rappeler les éléments qui depuis 1995 ont favorisé et permettent le renouvellement de l'action. En effet, l'évacuation du squat Wilson en 2004 coïncide avec une période où des initiatives sont prises sur le plan national et local.

En 2004-2008, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) a inscrit un « plan crack » au sein du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. L'enquête Coquelicot⁴ en 2005 met en évidence les réalités des usagers de crack dans le nord-est parisien : des situations sociales très précarisées, des états sanitaires dégradés avec une prévalence du Virus de l'Hépatite C (VHC) supérieure à celle de la population usagère de drogues en général. Localement la déclinaison du plan crack sur le territoire mobilise les acteurs institutionnels (MILDT, préfectures, DRASS, DASS, Ville de Paris, Mairies d'arrondissements), ainsi que les acteurs de la prévention et de la prise en charge socio-sanitaire. Leur travail sur des ateliers thématiques a contribué à des avancées, qui aujourd'hui intègrent le paysage de l'intervention. Le plan crack en 2005 est parallèle à l'intervention collective sur le site dit du CFA 2. C'est une des interventions considérée rétrospectivement par les professionnels de la Réduction des Risques (RDR) comme l'une des plus abouties. S'il est difficile d'établir un lien direct de cause à effet entre son déroulement et le plan crack, du moins il est intéressant d'établir ce parallèle. Enfin la loi relative à la politique de santé publique en 2004, puis la circulaire de 2006, instituent et organisent les structures de RDR comme des établissements médico-sociaux et s'inscrivent dans le champ de l'addictologie en tant que CAARUD⁵. Cette prise de position de la part du législateur induit des changements dans le statut, le financement et la culture des structures. Notamment, leurs missions sont caractérisées. L'obligation d'assurer des actions en extérieur en vue d'établir le contact avec les consommateurs implique qu'après cette date, davantage de structures du territoire sont amenées à participer aux interventions collectives dans les sites

Tous ces éléments ont contribué à créer un contexte favorable pour l'évolution des pratiques. Ils ont permis des avancées significatives sur le territoire, qui entrent aujourd'hui en ligne de compte dans les prises en charges. Par exemple, dans le domaine du soin, la création en février 2007 du Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) de l'association EGO est une expérimentation de ce qui peut-être reconnu au plan thérapeutique envers la consommation de crack. Egalement, des protocoles de prises en charge spécifiques se sont aussi mis en place en milieu hospitalier, ou pour les personnes incarcérées ou sortants de prison. La Coordination Toxicomanies qui était initialement un dispositif expérimental est pérennisée dans son rôle d'interface entre territoire et secteur RDR. Globalement, toutes ces évolutions concernent l'aspect socio-sanitaire de la prise en charge des usagers. Une compréhension plus objective est possible envers le comportement et la décompensation d'un usager en lien avec la consommation de crack.

Pourtant, malgré ces éléments considérés comme prometteurs pour l'amélioration de la prise en charge des personnes, la répétition de regroupements de consommateurs de drogues sur des sites se poursuit. Cette récurrence en vient à interroger l'utilité et la pertinence des interventions, en premier lieu, chez les acteurs qui concourent à leur réalisation. Cette interrogation est compréhensible et appelle d'autant plus à repositionner les objectifs

⁴ Jauffret-Roustide M., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH n°33/2006.

⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 et Circulaire n°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 02 janvier 2006.

communs aux logiques professionnelles, afin de cerner les acquis et les freins, pour affiner l'adaptation de l'intervention en proximité⁶.

Par rapport à la situation de 1995, les professionnels sont face à un contexte caractérisé d'une part par des sites (squats et scènes ouvertes) ; d'autres part avec un public (poly-toxicomane avec dominance du crack), qui serait un cadre d'intervention viable. Pour mémoire, le développement de la RDR s'est fait en défendant la nécessité « d'aller au devant » des usagers de drogues. C'est l'observation de la mobilité des usagers et de leurs modes de consommation qui a conditionné l'implantation de stratégies et les messages de prévention. Par exemple, c'est pour faciliter l'accès aux traitements de substitution que Médecins du Monde a créé un programme de CSST mobile, cette initiative est encore active sur le territoire via l'association Gaïa Paris. De la même façon, le choix d'implanter la Boutique 18 de l'Association Charonne à Max Dormoy s'est fait en fonction des couloirs de circulation des usagers et des lieux de revente⁷. Aujourd'hui la perception du contexte d'intervention se caractérise par la constitution ponctuelle de sites où les usagers habitent ou fréquentent, parfois sans interruption durant plusieurs jours. Ces sites, à la fois lieux de consommation, de revente et de vie, seraient donc un cadre possible d'action pour les professionnels de l'addictologie (et plus précisément de la RDR), de l'aménagement du territoire et de la sécurité publique.

La compilation des expériences sur les cinq dernières années montre que lorsque les professionnels s'accordent à considérer comme légitimes leurs interventions dans ce contexte, alors ils opèrent des changements dans leurs pratiques (adaptation des horaires, entrer ou non dans le squat, y délivrer ou non du matériel, confrontation sur les positionnements éducatifs, être présents ou non le jour de l'évacuation...). Le premier de ces changements étant la nécessité accrue au fil des ans de renforcer l'articulation de leurs interventions.

Repérer les formes que ces changements ont pris dans ce cadre d'action est essentiel pour comprendre ce qui est mis en mouvement. Il est possible qu'à travers le repérage des évolutions dans les pratiques, un débat sur les identités et les rôles des professionnels soit perceptible. En effet, une évolution dans les pratiques interroge souvent les professionnels sur leurs identités et les finalités qu'ils donnent à leurs interventions. La coopération et la collaboration s'effectuent lorsque les intervenants sont au clair avec la définition de leurs rôles, et de leur agencement par rapport aux uns et aux autres.

L'élaboration d'outils communs est chevillée à l'effort d'un travail de fond sur les identités respectives. L'un est tributaire de l'autre pour l'établissement de bonnes pratiques. L'enjeu premier est que les acteurs soient consensuels sur ces sujets, d'une part pour être en mesure de rendre visible et valoriser le travail de terrain et d'autres parts pour que les suivis initiés durant une intervention collective sur site soient pérennisés et relayés aux ressources et acteurs de droit commun. Ces adaptations de fond (les identités professionnelles, les objectifs communs, la finalité de l'action), et de forme (les pratiques et les outils) travaillent l'opérationnalité et la valorisation de l'action de terrain. Ce temps de réflexion sur les points forts et faiblesses de l'intervention collective est donc d'autant plus nécessaire que d'autres sites sont susceptibles de se reconstruire, appelant à nouveau la nécessité de mettre en place une synergie commune.

Objectifs de la démarche

⁶ Objectif 3 du Schéma Régional d'Addictologie 2009-2013.

⁷ TOUSSIRT M., Rapport d'activité 2003, Association Charonne, p.58.

Dans les termes de la lettre de mission adressée aux CAARUDs parisiens le 20/10/2009, les objectifs sont de valoriser et capitaliser les expériences dans les termes suivants :

- Mettre en évidence les changements remarquables dans les interventions, les prises en charges, les urgences, les hébergements, les partenariats, tant sur le plan de l'individu que du collectif.
- Mettre en évidence sur ces mêmes thématiques les changements souhaitables.
- Définir les modes d'articulations complémentaires et d'organisation collective des CAARUDs pour un fonctionnement concomitant ou conjoint sur un même territoire en un temps donné.
- Définir les pratiques individuelles et collectives adaptées aux situations et aux publics rencontrés à Paris et en Petite couronne.

Ces objectifs s'inscrivent dans les priorités du Schéma Régional d'Addictologie (SRA) 2009-2013 :

- La qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins.
- L'égalité d'accès aux soins.
- La continuité de la prise en charge et des soins.

Dans cette perspective, le travail de terrain est le premier maillon où se fait l'articulation entre les différentes logiques professionnelles (le juridique, le répressif, le sanitaire, le social et l'éducatif).

Méthodologie mise en œuvre

La méthodologie retenue repose sur quatre phases :

- La compilation des écrits que les structures ont mis volontairement à disposition, ainsi que les rapports d'activité et ASA auprès du pôle de santé publique de la DASS 75.
- La constitution de plusieurs réunions de réflexions, réparties selon les groupes de professionnels et acteurs concernés : les intervenants de RDR terrain (2 groupes, les directions et les chefs de services (2 groupes), les institutions politico-administratives (1 groupe), les associations d'habitants et les conseils de quartier (1 groupe), ainsi que 3 entretiens individuels avec des consommateurs de drogues, fréquentant ou ayant fréquentés les sites.
- L'incorporation des comptes-rendus de chaque rencontre dans l'écrit ci-présent.
- La mise en débat de cette synthèse d'expériences lors d'une conférence, avec la participation de la salle et l'apport de discutants extérieurs. Cet événement devant être formalisé par la diffusion d'actes.

Ce plan de travail a souffert à minima de biais méthodologiques, dans la mesure où pour chaque groupe il fut difficile d'obtenir la disponibilité de l'ensemble des acteurs. Egalement, la présence régulière des professionnels lorsque plusieurs rencontres ont eu lieu n'a pu être maintenue. Les personnes consommatrices et occupantes des sites n'ont pas été auditionnées en groupe. Trois entretiens individuels ont eu lieu, avec une grande convergence dans les propos. Par ailleurs, il était délicat de compiler le détail des données recueillies (nombre de démarches concernant les droits socio-sanitaires, situation du logement...). Sur les cinq ans, il existe une grande variabilité des items et de formes d'outils et les données peuvent être au cours du temps très fluctuantes pour un même individu. Pour une approche plus approfondie,

il aurait fallu développer une analyse qualitative et quantitative sur des parcours individuels. Toutefois certains indicateurs sont relativement stables. Comme par exemple le pourcentage de femmes par rapport aux hommes. Le cas échéant, ces données sont précisées dans l'écrit.

Ces éléments font que le bilan des interventions collectives s'est élaboré à travers un « référentiel ouvert ». C'est-à-dire qu'il n'est pas fixe par rapport à des objectifs quantitatifs. Il est en construction grâce aux échanges entre professionnels.

Déroulement du rapport (prévisionnel)

En premier lieu, il s'agit de mettre à plat la dynamique du phénomène des squats, scènes ouvertes et prédominance de la présence d'usagers de crack. Celle-ci est pour une part constitutive de la récurrence observée et de la lenteur avec laquelle les prises en charge des personnes se construisent dans le temps. L'ancienneté de la constitution de sites de consommateurs de drogues sur le territoire est liée à l'implantation d'un trafic de psychoactifs particulièrement fort.

Positionner les éléments structurants de l'intervention collective est nécessaire avant de préciser les freins, points forts et enjeux qui lui sont liés. La présentation des éléments structurants porte sur la spécificité des sites et du public. Ainsi que la distinction des acteurs et des raisons qui les amènent à être concernés par leurs prises en charges. Les élaborations de celles-ci sont pour une part déterminées par l'interaction entre les institutions, habitants, propriétaires, structures de RDR, commissariats, professionnels de l'aménagement du territoire et consommateurs de drogues. Le tableau se complète avec la prise en considération des particularités du territoire sur lequel ont pris place les expériences de ces dernières années. Un espace fait de friches urbaines, que les consommateurs investissent en créant des habitats. Au vu des lieux qui sont investis (terre plein, parking, entrepôt), certains analystes parlent d'une « *rage d'habiter* »⁸. La double contrainte du respect de la propriété privée, de la législation sur les stupéfiants, et celui du droit aux soins et à l'hébergement dévoile l'interdépendance des logiques des acteurs. Les thèmes de l'addiction et du logement, en tant que problèmes publics, s'exposent sur le territoire tour à tour mobiles et dilués, ou fixes et cristallisés. Ils enjoignent les acteurs à se mobiliser et conjuguer leurs raisons d'agir. Toutefois, cette conjugaison des compétences de chacun se réalisent différemment.

La comparaison de l'histoire de chaque site permet de mettre en évidence les grandes différences entre les actions passées, ainsi que les éléments qui y ont concourus. Par exemple, toutes les interventions n'ont pas donné lieu à la planification d'une évacuation où les champs de la RDR et de la Sécurité Publique agissent en articulant leurs logiques. En termes d'action publique locale, la gestion des sites et des personnes oscille entre des évacuations rapides et sans concertation (CFA1 2004, La Déchetterie 2005, Le Nœud Routier 2006) et des actions collectives organisées dans la durée (Wilson 2004, CFA2 2006, La Villette et la Briche 2008). Celle-ci peut aussi commencer à se développer sur site dans sa dimension médico-sociale, sans être maintenue pour l'évacuation (CFA1 2004, Nœud Routier 2006). Globalement sur les cinq ans il y a une légère supériorité de son déroulement effectif (4 événements sur 7). Aussi, la modélisation proposée d'une intervention collective est dans la pratique travaillée par des éléments conjoncturels et des éléments de fond.

Depuis le recueil des différentes expériences, il est possible dégager une trame de ce qu'est une intervention collective. Le nombre d'événements est suffisamment conséquent pour isoler

⁸ Hatzfeld M., Hatzfeld H., Ringart N., *Habitat des SDF et hospitalité urbaine*, Interstices, juin 2002.

les temps forts de son déroulement. Il est possible de la séquencer selon 4 phases et d'y discerner l'apport des différents professionnels et institutionnels au cours de chacune de ces phases :

- la préparation de l'entrée dans le lieu, ainsi que l'évaluation du site et de ses occupants
- l'implantation de l'activité médico-sociale
- les prises en charge individualisées des personnes
- le moment du référé et celui de l'évacuation

Les phases décrites ci-dessus sont dynamiques. Elles sont en résonnances les unes par rapport aux autres. Par ailleurs, le schéma semble donner l'évacuation comme l'achèvement de l'intervention collective, alors que celle-ci perdure bien au-delà de ce moment. L'analyse de la chronologie des cinq ans démontre qu'il y a des glissements de l'intervention collective entre les sites (Nœud Routier et CFA2 en 2006). Ou bien qu'elle peut couvrir plusieurs sites simultanément (La Villette et La Briche en 2008). Elle perdure après l'évacuation, soit à travers le suivi des prises en charges initiées sur le lieu, soit à travers la reconstitution rapide d'autres sites. Bien que l'intervention collective sur site est naît de l'urgence à agir, sa répétition souligne que sa fin ultime n'est pas l'évacuation mais l'adéquation des moyens d'actions pour répondre sur le long terme aux besoins.

Aussi, la modélisation qui est faite sur l'intervention collective reste une abstraction. En aucun cas elle ne la systématise comme s'il s'agissait d'un référentiel « fermé » (avec des objectifs quantitatifs), au regard duquel une évaluation serait possible. Il s'agit bien au contraire d'un référentiel « ouvert » qui demande à être construit. Des savoir-faire ont été acquis durant ces cinq ans sans que ceci implique que l'intervention collective soit aujourd'hui pré-définie, ou pré-construite. Son plus petit dénominateur est l'urgence, voir, l'assistance à la personne en danger. Mais le catalogue des expériences montre que le terme peut se reporter à des manières différentes d'agir.

Pour reprendre l'exemple des évacuations rapides, elles ont eu lieu sur des sites difficiles d'accès pour les professionnels et où les personnes couraient un danger physique immédiat tel que le CFA 1 en 2004 et le Nœud Routier en 2006 (traversées de bretelles d'accès à une autoroute, voie ferroviaire...). Lorsque le site ne représentait pas un danger en lui-même, la mise en place d'un encadrement collectif du site fut privilégiée. **Il est possible de citer d'autres conditions qui soutiennent la mise en place d'une intervention collective. Comme, la prise de position du propriétaire vis-à-vis de la saisine d'un juge, la mobilisation des institutions de l'Etat et des collectivités territoriales. Ces éléments ont pour effet d'appuyer les concertations interprofessionnelles et institutionnelles pour définir l'adéquation des moyens à mettre en œuvre dans l'intervention collective** (nombres de passages effectués, types d'actions réalisées sur place, déplacement des antennes mobiles, interpellation des services généraux....). Conjoncturellement, ils étayent le développement d'une action globale et concertée.

Le séquençage proposé fait ressortir les éléments de fond qui travaillent la forme et le déroulement de l'intervention collective. Lors des groupes de paroles, il a eu pour rôle d'inviter les acteurs à exprimer leurs perceptions des sites, des consommateurs de drogue, et l'action collective envers ceux-ci. **Les points de tension sont dans l'hétérogénéité des représentations vis-à-vis des sites, des consommateurs de drogues et l'action projetée.** Elle prévaut tant pour les intervenants terrains, les responsables des structures RDR, les professionnels d'autres champs, ou pour les institutions politico-administratives. Par exemple, le moment de l'évacuation marque les esprits et capte l'attention de tous. Sa planification ou son absence, sont révélateurs des représentations qui pèsent dans

l'élaboration d'une intervention collective. Plus l'évacuation a lieu de manière rapide et moins une articulation avec la logique préventive se fait. Elle existe davantage lorsqu'un encadrement collectif du site se déploie. **L'un des freins majeur pour élaborer une intervention collective est la difficulté pour les acteurs de synchroniser la justesse des apports entre les logiques professionnelles.** Ceci se répercute sur l'articulation envers les autres professions et dans le champ de la RDR. **Alors que les représentations se cristallisent autour du moment de l'évacuation, elles sont en fait en jeu dans les phases en amont.** Aussi la problématique commune aux acteurs concernés par les regroupements d'utilisateurs est davantage un consensus sur l'organisation de l'action, que sa nécessité d'être ou non. Pour le dire en d'autres termes, l'enjeu de l'intervention collective lors de chaque événement est de calibrer la place des différentes logiques qui y concourent.

Durant ces phases, notamment à travers le renseignement des outils de recueils de données (site et occupants) et les rencontres interprofessionnelles et institutionnelles, se construit un consensus partagé ou non entre les acteurs (professionnels, consommateurs, décideurs publics) pour justifier de l'encadrement collectif du site et de son organisation. Ce sont ces phases qui déterminent l'orientation de fond donnée à la prise en charge du site et des occupants et qui influencent la coopération effective entre les acteurs. Ces phases sont essentielles car ce sont des temps d'échanges sur les représentations de chacun quant aux finalités de l'action, son propre rôle et ceux des autres professionnels. Il est possible d'y voir s'exprimer les difficultés pour les professionnels de la RDR à développer une dynamique commune. Ce sont dans ces temps que se construisent les contours d'un secret partagé et la définition possible d'une action médico-sociale, malgré une absence de demande.

Surmonter les tensions ne signifie pas que l'hétérogénéité des représentations doit céder à une unification des points de vue. Les dépasser signifie au contraire d'accepter d'aller plus loin dans la mise en débat pour décider du caractère pragmatique de l'action. Il s'agit de dépasser la conception d'une intervention collective marquée par l'urgence pour établir d'autres façons d'agir. Dans cette perspective, il est à rappeler l'ancienneté des sites. Ceux-ci ne sont pas tant finalement des cadres d'actions nouveaux que des cadres envers qui les possibles (et les questionnements) sont redécouverts et reposés. Entre 1995 où l'association Charonne rentre sur le site, il y a une absence d'intervention collective envers ces lieux. C'est au début des années 2000 que l'activité de Coordination Toxicomanies en tant que dispositif de médiation sociale et instance de coordination d'une politique en direction des utilisateurs de drogues, ravive la question de la pertinence de ces lieux comme cadre d'une action médico-sociale collective.

Bien que l'impératif d'agir a initialement joué un rôle moteur dans l'articulation et la cohérence de l'intervention (site WILSON en 2004), des éléments forts dans son déroulement ont été reproduits par la suite et se sont améliorés. Pour les professionnels de la RDR, c'est le cas sur le choix d'entrer ou pas sur le site, le développement d'un savoir-faire pour lire sa structuration, l'utilisation et l'affinage des outils pour son évaluation et celle des occupants, l'articulation avec des professionnels d'autres champs (Sécurité Publique et aménagement du territoire). **À chaque fois qu'un consensus d'action est posé, il y a un apprentissage de repères communs pour agir sur site. Chacun, professionnels de la RDR ou non, ont des spécificités à faire valoir, dont la mise en perspective peut déboucher sur une action médico-sociale de proximité, riche et diversifiée.**

La réalisation des interventions passées constituent un capital de savoir-faire sur les pratiques et un capital relationnel envers les consommateurs de drogues. Aller plus loin dans l'amélioration de l'intervention collective et des prises en charge individuelles nécessite de s'appuyer sur le bilan des expériences passées pour continuer un travail de réflexion

collective. Cet objectif demande à poursuivre le débat en dehors de l'urgence avec l'appui d'un acteur porteur et garant de son organisation dans le long terme.

D'une part, il y a la thématique de l'établissement d'un consensus sur l'effectivité et l'organisation de l'intervention collective dans la durée de vie du site. Sur ce point, les ressorts pour assurer un dynamisme territorial dans les relations inter professionnels et institutionnels sont les mécanismes bien connus et souvent galvaudés du partenariat⁹. C'est-à-dire, des temps de rencontre en amont de l'action pour affirmer les objectifs communs et leurs déclinaisons propres à chacun, l'inter-connaissance des métiers, des besoins exprimés par les consommateurs, l'agencement des compétences institutionnelles. Les leviers d'amélioration concernent la professionnalisation des acteurs tant avec la formation que avec l'appui d'institutions tiers, décider à porter l'organisation des ces espaces et temps de concertation. Elle pose aussi la question de l'animation de la coordination de terrain et de l'adhésion des acteurs à participer aux échanges. L'un des leviers est l'intégration des structures médico-sociales associatives dans le système politico-administratif local. La cohésion de l'intervention collective dépend pour partie de la cohésion des compétences entre Etat et collectivités territoriales.

D'autres parts, la répétition des interventions collectives ont ouvert la voie à la nécessité de concevoir en l'absence de lieu où les consommateurs se stabilisent, les moyens pour poursuivre le mûrissement des démarches initiées avec eux. Ce dernier point met en avant l'élaboration commune de ce que peut être des hébergements adaptés. Le secteur de la RDR et le secteur de la précarité et de l'hébergement connaissent des débuts d'articulations qui sont positifs. Il existe une variété dans l'offre qui permet de trouver une adéquation avec des situations individuelles très diverses. Toutefois, d'une part le volume d'hébergement est très limité et ne peut satisfaire à l'ensemble des demandes. D'autres parts, pour quelques consommateurs il n'est peut-être pas souhaitable de proposer des solutions qui à terme sont précaires¹⁰. Pour certains, alors qu'ils font preuve de débrouille et d'ingéniosité à se construire un habitat, l'instabilité dans le système des hébergements peut ne pas être salubre. Ce constat pose pour l'intervention collective la possibilité d'approfondir la logique « de l'aller vers » pour accompagner les consommateurs dans l'ici et maintenant de leur errance.

⁹ Dhume F., *Du travail social au travail ensemble*, ASH, mars 2001, 208p.

¹⁰ Voir en annexe, Vidal-Naquet, P. A. ,Tiévant, S. *Des moments pour être soi* .1997, Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Direction de l'action sociale. 108 pp.

1. Lorsque l'histoire bégaie : autopsie du phénomène

1.1. *Les registres sémantiques des mots squat et scènes ouvertes*

Dans le vocabulaire professionnel du travail, il est usuellement distingué le travail en milieu fermé et en milieu ouvert. Pour les professionnels de la RDR le milieu ouvert renvoie à la mobilité dans l'espace public. **Avec la constitution des sites de regroupement de ces dernières années, ils sont amenés à devoir entrer dans des lieux à caractère privé.** Ce caractère ne résulte pas tant du fait de l'appartenance à un particulier, que du fait qu'ils soient habités, aménagés pour vivre une sédentarité. **Ce fait est central pour expliquer une part des difficultés des intervenants à se projeter dans une action collective sur site** (cf. 4.1. L'articulation entre les acteurs de la RDR). **Les squats et scènes ouvertes désignent des lieux qui ont des différences notables.** Comme le fait que l'un soit fermé et l'autre ouvert. **Ces différences impactent la manière dont les intervenants se projettent dans l'action.** Par exemple, les professionnels ont le sentiment que l'insécurité peut être plus forte lorsque le site est fermé. Ils ont aussi davantage la sensation d'être dans un espace privatif et de moins bénéficier d'une légitimité pour intervenir. Un autre élément augmentant la perception du danger est l'isolement du lieu et l'accessibilité des points des entrées et sorties.

Dans l'usage des termes, il est possible de dégager des registres sémantiques : l'habitat, le droit, la socialisation et le produit psycho-actif. Chacun de ces registres rentrent en ligne de compte dans les représentations qu'ont des sites les professionnels de la RDR et des autres professions concernées (cf. 1.3. Les acteurs concernés par le phénomène de regroupement d'utilisateurs). Avant de montrer la nécessité d'aménager les logiques professionnelles en fonction de ces représentations (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives), il est utile de préciser ce qui est présent dans les termes. Ce qu'ils désignent sous-tend les perceptions qu'ont les acteurs et conditionnent leurs attentes vis-à-vis de la mise en place ou non de l'action collective (cf. 2. Le dispositif de l'action inter professionnelle et institutionnelle avec les sites de regroupement d'utilisateurs de drogues).

1.1.1. Des lieux en tension avec le droit

Le droit est ici présent à de multiples égards. Les thèmes de l'addiction et l'appropriation d'un bien privé sont essentiels, car pour les personnes concernées ils induisent le possible constat d'une double infraction. En même temps, le droit protège aussi la nécessité de maintenir pour les consommateurs un accès à la santé publique, et de répondre aux besoins de logement.

Les consommateurs habitent l'espace et le temps d'une façon qui induit un conflit social. Car, si nul ne peut être privé arbitrairement de son bien, une personne seule ou en collectivité a droit à la propriété¹¹. En l'occurrence ce qui est visé ici est la difficulté à maintenir le respect de ces deux facettes du Droit.

Le droit joue ici aussi son rôle par rapport à la consommation et au trafic de produits psycho-actifs avec la loi du 31 décembre 1970. La lecture s'achemine alors vers les

¹¹ Article 17 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

termes de visible et invisible. Comme pour les débuts de la RDR avec la délivrance de matériel stérile, le rôle des intervenants est d'aller vers la clandestinité et l'invisibilité des consommateurs. Le fait que l'usage de produits stupéfiants soit illégal et répréhensible rentre en collusion avec la nécessité de maintenir l'intégration des personnes dans le système socio-sanitaire. Le cadre législatif incite à l'organisation de l'articulation des deux logiques. Il aménage par exemple cette articulation en reconnaissant la légitimité de la délivrance de matériel stérile¹². Toutefois, « la lettre » ne se suffit pas à elle-même pour que l'articulation émerge (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). En terme de Santé Publique, la constitution de sites pose aujourd'hui la pertinence de reconnaître le besoin de lieux de consommation, car les intervenants de la RDR constatent que les sites sont des lieux d'habitation et de consommation (cf. 5.2. Construire les actions d'une RDR efficiente).

Le droit s'exprime également vis-à-vis de la sécurité des personnes. Sécurité pour les usagers résidents, sécurité pour les personnes qui interviennent comme pour les habitants aux alentours. Pour ces derniers, l'objectif sera de travailler sur le ressenti de la tranquillité publique. Pour les usagers, se repose la question des conditions de vie. Bien que du fait de leur consommation et de leur façon d'habiter, ils s'extirpent du droit commun, les interventions des professionnels de la Sécurité Publique le réintroduisent et permettent de le maintenir. Les usagers témoignent sur plusieurs lieux que les passages réguliers permettent de réguler les tensions sur le site. Pour les professionnels de la RDR ceci améliore les possibilités de développer une intervention médico-sociale. Les différences de logiques entre Sécurité Publique et RDR se rejoignent lorsque l'une contribue à construire les conditions qui permettent la mise en place d'un encadrement collectif, avec une dimension médico-sociale.

Se pose la question des « libertés réelles »¹³. Ou dit autrement, le fait de créer les conditions permettant à une personne d'être en mesure d'exercer ses droits et ses devoirs, tant du point de vue de l'accès aux droits, que la capacité à les investir les exercer sans contraintes. C'est le sens de l'intervention collective qui vise à maintenir des conditions de vie dignes dans la durée d'existence du site.

1.1.2. La quête d'un habitat

Les termes employés, plus pour le squat que pour la scène, désignent l'habitat. Bien que la scène soit un espace sans toit, son aménagement ou même l'installation de tente, la constitue comme un habitat au même titre qu'un espace clos comme le squat. La lecture de ce registre est ici particulière. Elle peut être faite avec le regard du droit et de la sociologie.

Les caractéristiques de cette façon d'habiter la rendent proche d'un logement classique (toit, mur, fermé, espaces avec des fonctions précises). Squat et scène renvoient donc à un habitat où, le contenu plus que le contenant (les murs, les délimitations de l'aire) en génère la dénomination. C'est à partir du moment où un espace vide est comblé que l'endroit devient un habitat, qualifié de squat ou scène. **Le registre de l'habitat décliné selon ce phénomène montre l'absence de place reconnue pour le public concerné.** Par le contenu, les personnes, c'est l'absence de contenant adéquat qui est révélé. Les squats et des scènes deviennent un problème public parce que le regroupement favorise la visibilité de l'existence

¹² Circulaire

¹³ SEN A., *Un nouveau modèle économique, développement, justice, liberté*, Odile Jacob, Paris, 2003, p.223-253.

de lieux vides. Cette observation sur le registre de l'habitat rejoint le registre du droit. Parce qu'elle demande l'effectivité de la reconnaissance matérielle d'une personnalité juridique.

D'un point de vue sociologique, habiter est à distinguer du fait de se loger, d'être hébergé et d'être domicilié. Pour les publics qui sont chronicisés (cf. 1.2 Les publics rencontrés sur site), il est impossible de parler de logement ou même d'hébergement. Parce qu'ils sont peu en capacités d'investir les droits et devoirs qui y sont liés. Ils sont dans une socialisation particulière, faiblement marquée par des murs, des horaires, et l'individualité.

1.1.3. Une socialisation intense et irrégulière

Les termes qui se rapportent à la socialisation laissent percevoir un rapport particulier à l'environnement, à soi-même et aux autres. La socialisation des personnes concernées est proche des personnes chronicisées dans la rue depuis longtemps. C'est pourquoi toute une part des stratégies des professionnels de RDR est incluse dans le vaste référentiel du travail social (cf. 5.2.2 La formation continue des professionnels) L'habitat ici visé est précaire et instable bien qu'il puisse être fait de mur. Il se réitère dans le temps à travers des lieux différents. Aussi, l'habitat en tant que squat et scène interroge les relations que la personne entretient avec son environnement : le temps, l'espace le rapport à soi-même et aux autres.

Les professionnels ont distingué plusieurs types de publics (cf. 1.2 Les publics rencontrés sur site). Ceux qui sont désignés pour être périphériques ou irréguliers sont source d'une grande interrogation. Car si certains viennent clairement chercher un lieu de consommation, d'autres ne sont pas consommateurs ou revendeurs. Ces personnes « dérangent » dans la mesure où leurs présences montrent l'étiollement de leur environnement social et la fascination que peuvent exercer de tels sites. Le constat interroge les moyens de prévention primaire, dans d'autres secteurs que celui de la RDR.

Un autre type de public rencontré sont des personnes qui vivent dans les sites et sont parfois à l'origine de leurs créations. Ces personnes ont un rapport particulier au territoire (cf. 1.2.1 La régularité de la présence sur le site). Elles revendiquent le fait de vouloir vivre en communauté. Culturellement, elles ont des spécificités qui caractérisent ce mode de vie. Une autre caractéristique de ce public est qu'il connaît très bien les arrondissements du 18^{ème} et 19^{ème}, ainsi que les structures associatives (cf. 1.2.2 Les items classiques de caractérisation des publics).

Le terme de communauté est fort car il met en valeur l'idée d'un dénominateur commun à tous et d'une mobilisation, d'une auto-organisation pour son existence. Or, les termes évoqués par les professionnels de la RDR pour caractériser les sites suggèrent l'absence d'organisation. En même temps, les personnes font preuve de ressources et d'ingéniosité en créant ces sites. Les usagers de drogues ne sont pas dénués de toutes normes mais agissent en référence à des priorités spécifiques. C'est sur les aspects des différences entre publics, la notion de groupe, les dénominateurs communs entre consommateurs, ou encore la hiérarchie des priorités qui leur est propre, que le travail socio-éducatif peut s'appuyer pour légitimer et développer son intervention (cf. 3.2.3 Les registres d'actions pour intervenir sur site).

Pour tous les publics rencontrés, les intervenants de terrain évoquent l'usage du produit psycho-actifs comme l'un des plus importants liens de socialisation. Le rituel de préparation et la consommation intensifient les relations sociales et les rend aussi éphémères. Elles s'inscrivent dans le temps de la recherche, de l'achat et de l'usage du produit (cf. 1.4 Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le

territoire). Les consommateurs sont de fait, des personnes plus ou moins en voie de désaffiliation.

1.1.4. Les drogues et l'économie informelle

De la même façon c'est la consommation plus que la vente qui pour le squat et la scène est mise en avant. L'activité de vente est plus clairement ciblée pour les spots, considérés comme des lieux d'échanges. **Par contre, la vente est nommée en creux lorsque l'activité de fabrication du crack est citée.** La « cuisine » est d'autant plus associée au squat ou à la scène, qu'elle renvoie au registre de l'habitat. Il est remarquable que la cuisine désigne un lieu où habituellement une activité nécessaire à la survie et à la conservation de soi-même est exercée. Le terme souligne la centralité du produit dans la vie des usagers. Il est tout aussi remarquable qu'il désigne un lieu où l'on se rassemble, rejoignant par là, la représentation communautaire que les consommateurs du noyau dur donnent d'eux-mêmes.

La présence de la drogue sur les sites, caractérisent l'intervention des professionnels selon deux angles :

- Le fait que la consommation et la fabrication soient désignées plus que la vente est un indice caractérisant le public des professionnels de la RDR (cf. 1.2 Les publics rencontrés sur site). Les personnes rencontrées sont plus usagères que vendeuses de produits psycho-actifs.
- Sous un autre angle, la promiscuité physique de l'intervention médico-sociale avec l'économie informelle interroge aussi sur les moyens d'action, de régulation et de prévention à destination de la vente de produits.

Dans la mesure où la consommation et le trafic sont condamnables, les usagers trouvent de la sécurité dans une zone qui s'extrait du droit commun. Les professionnels témoignent de la part de plusieurs usagers de l'utilisation du site comme un lieu de consommation, car plus sécurisant pour eux que l'extérieur. Ce constat fait écho à l'actualité de l'agenda politique en matière de lutte contre les drogues (cf. 5.2. Construire les actions d'une RDR efficiente). Les consommateurs trouvent dans des lieux isolés une sécurité qui reste toute relative car il vient un moment où le lieu devient également lui-même dangereux. (cf. 1.4 Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le territoire).

En résumer, les registres sémantiques des mots squats et scènes ouvertes englobent les grandes thématiques qui entrent en ligne de compte pour comprendre les difficultés que peut rencontrer l'intervention collective (cf. 5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles). Il y a un jeu de tension entre plusieurs impératifs. Cette tension pose aux intervenants de la RDR des questions sur leurs rôles, ainsi que sur la finalité de leurs actions (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale). Enfin, l'existence des sites montre aussi les limites de l'assistance. Ils mettent en lumière l'absence de perspective des interventions collectives post-évacuation. Ils montrent qu'il existe des problèmes d'accès au droit commun et que la difficulté de les aménager est fonction du degré d'intrication des problématiques dans la situation de la personne (addiction, logement, état civil).

1.2. Les publics rencontrés sur les sites

Au cours des cinq ans, les intervenants de la RDR ont développé une connaissance approfondie des personnes rencontrées sur les lieux. Ils ont observé et évalué le flux des

consommateurs présents tout au long de la durée de vie des sites. Cette connaissance donne une vue d'ensemble des caractéristiques des personnes et de leur répartition selon ces mêmes items. Pour les consommateurs les plus enkystés dans la marginalisation, cette connaissance se précise de façon à aider les structures à coordonner leur prise en charge sur une même personne. La typologisation des publics rend compte de l'effective opérationnalité des outils utilisés. Toutefois, bien que leur structuration ait évolué favorablement dans le temps, leurs partages et leurs renseignements sont moins optimum dans l'articulation des structures de la RDR entre elles. Pour répondre au cahier des charges, les termes génériques de la caractérisation des consommateurs sont repris ici.

1.2.1. La régularité de la présence sur le site

Dès le site de Wilson en 2004, les comptes-rendus écrits rendent compte de la présence de consommateurs connus de longues dates et celle de consommateurs plus irréguliers. Le suivi des sites caractérise les consommateurs en fonction du nombre de « rencontres » sur site (désigne un échange verbal) et selon la fonction qu'ils donnent au lieu (habitat, lieu de consommation ou d'achat). Les intervenants de la RDR distinguent en fonction de ces critères les consommateurs selon plusieurs groupes. Dans le vocabulaire professionnel le groupe 1 désigne les consommateurs qui composent le « noyau dur » des sites. C'est en direction de celui-ci que l'analyse est la plus aboutie car les situations des personnes les amène à être l'objet de la majorité des suivis post-évacuation. Les groupes 2 et 3 désignent ceux qui fréquentent le site avec plus ou moins de régularité.

Le noyau dur

Ce groupe est qualitativement perçu dès 2004. En témoigne l'extrait suivant d'un compte-rendu de Coordination Toxicomanies pour le site Wilson :

« La fixation des personnes dans le squat implique le fait que le 18^{ème} arrondissement reste pour la majorité d'entre eux un lieu d'ancrage et de vie. Cette fixation permet de retrouver des repères, d'organiser une vie autour du produit avec ses codes et ses rites tout en restant géographiquement dans un lieu connu pour acheter du produit. Cette délimitation du cadre de vie dans le 18^{ème} arrondissement pour ces personnes n'est pas anodin et représente une forme de socialisation. Les personnes connaissent ce quartier depuis longtemps, le fréquente avant tout pour le marché du crack et des médicaments de substitution mais leur sert de lieu de vie sous des formes différentes (squat de hall d'immeuble, de voiture, de lieu en chantier ou abandonné, d'appartement...) depuis plusieurs années. Ainsi, beaucoup ont l'impression de faire partie de « la vie de quartier », ils connaissent les habitants et les commerçants et cette construction de repères est importante pour eux dans une gestion au jour le jour de leur vie mais aussi pour le côté pratique qu'elle procure à la débrouille. L'éloignement du marché du crack, des structures ou des personnes est pour certain mal vécu et la proposition d'hébergement à l'hôtel ou en foyer dans un autre quartier est refusé à ce titre. Beaucoup font le choix de rester dans les rues du 18^{ème} car ce rapport de proximité au territoire les rassure. »

Ces usagers sont souvent les ouvriers ou ouvrières, seuls ou en couples. Le noyau dur d'un squat regroupe donc toutes les personnes qui vivent sur place. Pour un lieu, le noyau dur représente souvent 15 à 20 personnes. Mais sur l'ensemble de la période des interventions, un intervenant de terrain estime que le noyau dur serait d'environ 70 personnes. C'est-à-dire des personnes revues régulièrement dans tous les sites. Souvent ce sont des personnes ayant une consommation ancienne et connaissant très bien le tissu associatif spécialisé du territoire. Ils sont inscrits depuis plusieurs années dans une errance urbaine. Leurs situations cumulent les problématiques (titres de séjour, pathologie infectieuse, perte de logement,...), ce qui fait que leur prise en charge est particulièrement longue, lourde et intense. (cf. 1.2.2 Les items classiques de caractérisation des consommateurs). **Ce noyau dur représente des enjeux**

particuliers dans les perspectives post-évacuations, d'une part parce qu'il est souvent à la base de la création des sites, d'autres part parce qu'il est chronicisé et vieillissant (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine). Les personnes sont dans un état de délabrement physique relativement avancé. Vis-à-vis de celles-ci, **une prise en charge particulière est à penser.** En son absence, **les interventions médico-sociales perdurent en fonction des sites de regroupement. Malgré que les prises en charge individuelles nécessitent de s'élaborer sur du long terme, elles se font ponctuellement.**

Les usagers du noyau dur revendiquent et sont perçus comme étant une communauté. C'est-à-dire les personnes qui partagent un quotidien dans le long terme Et notamment des pratiques de consommation de drogues. Les origines ethno-géographiques des personnes peuvent être à la base de ce sentiment communautaire. Enfin, le sentiment communautaire est aussi pour une bonne part lié à la prise d'un produit. La sociabilisation des personnes se compose pour une bonne part sur une consommation commune.

Les périphériques et les irréguliers

Ce public est également qualitativement caractérisé dès 2004 dans les comptes-rendus Word de Coordination Toxicomanies. En 2008 également, la permanence sociale de Gaïa Paris sur la Briche ouvre une fenêtre d'analyse sur les besoins de ces publics. Ils sont souvent dans une situation moins précaire que le noyau, car ils ont un minimum de ressources. Par exemple en étant salarié ou en ayant un toit. Ils rencontrent des problèmes pour le maintien de l'ouverture des droits socio-sanitaires. Pour eux, le site est davantage un lieu de consommation. Un recoupage de cette catégorie pourrait être vérifié avec le critère d'ancienneté de la consommation. Les périphériques ou irréguliers auraient une toxicomanie plus récente que le noyau dur. Les jeunes ou nouveaux consommateurs peuvent également être répertoriés comme du groupe des périphériques et des irréguliers. Les intervenants ont souligné qu'un travail différent est engagé vis-à-vis de ces personnes. Dans le même temps, il existe dans l'action médico-sociale des manques en direction de ces publics.

Les vendeurs et rabatteurs

Cet item n'apparaît pas dans les outils de recueil de données des intervenants de terrain. Il semble toutefois intéressant de le signaler ici car son absence dans la vision que donnent les intervenants de la RDR de leur travail est significative de leurs limites. La démarche de la RDR est basée sur l'accès aux soins et à la prévention. Aussi le public cible se compose d'usagers dépendants, et non pas de personnes ayant uniquement ou majoritairement une activité centrée sur l'économie informelle. Toutefois, certains consommateurs sont eux-mêmes dans une logique de survie économique, les usagers-revendeurs. Ce fait interpelle la jonction entre différentes logiques professionnelles, notamment entre celle de la RDR et de la Sécurité Publique (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

1.2.2. Les items classiques de caractérisation des publics

Par l'adjectif classique, il est signifié que ce sont les items qui reviennent le plus couramment dans tous les secteurs d'interventions médico-sociales pour caractériser les spécificités de l'activité et des publics bénéficiaires.

Le genre et l'âge

Sur les cinq ans, la proportion moyenne des femmes/hommes sur un site est de 30% pour 70% d'hommes avec un écart de plus ou moins 10% selon les sites. Un des éléments qui contribuent à cette fluctuation est l'activité de prostitution. Lorsque les occupants du site adoptent une attitude passive vis-à-vis de son développement, elle s'implante. L'activité a un lien extrêmement fort avec l'économie informelle et le trafic de stupéfiant, aussi, elle contribue à faire émerger des tensions sur le site. Les femmes représentent comme pour le noyau dur un public particulier, en direction de qui l'action médico-sociale pourrait être renforcée (cf. 4.3 Les manques dans l'intervention collective médico-sociale).

A propos de la répartition des personnes sur l'item des âges, il est difficile d'en obtenir une mesure quantitative. Approximativement, il se distingue trois groupes. Deux sont aux extrémités des classes d'âges : moins de 30 et plus de 50 ans. Les jeunes sont comme les femmes, un public pour qui l'action devrait être renforcée. La majorité semble se situer aux alentours de 40 ans. Cette approximation se justifie du fait du principe d'anonymat dans la relation de RDR. Comme pour les pseudonymes et alias, cette disposition n'est pas en soi une difficulté pour la réalisation de l'intervention médico-sociale mais interroge l'opérationnalité des outils de recueil de données (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils).

Les origines géographiques

Les items sur les origines géographiques sont traités lors des premières années de la période couverte, puis disparaissent au fur et à mesure de l'évolution des tableaux. Depuis les données recueillies, le noyau dur est composé à 70% par des personnes afro-caribéennes. Elles ont donc des attaches communes dans la même aire culturelle. Si leurs lieux d'enfance sont variés, ils partagent aussi le fait d'être des personnes immigrées de première ou seconde génération. Au regard de ces données, le fait que les consommateurs revendiquent le fait de vouloir vivre en communauté est d'autant plus compréhensible. Ils ont un mode de vie marqué à la fois par une culture différente dans la relation intérieur/extérieur et aussi par la chronicisation dans la rue en France. Pour les consommateurs en dehors du noyau dur, l'analyse est moins évidente. Il semble qu'ils proviennent d'Europe Centrale ou d'Afrique du Nord.

La situation vis-à-vis du logement

Il était dit pour les publics périphériques que ceux-ci, à la différence du « noyau dur », disposent de davantage de ressources, comme la disponibilité d'un logement. Des personnes peuvent être dans une situation de précarité plus marquée, en étant par exemple hébergées par des tiers. Les consommateurs dit « noyau dur », sont soit à la rue, dans de petits squats (halls d'immeuble) soit vivent dans le site. La prise en charge de ces derniers interroge car ils sont les plus concernés par les perspectives d'hébergement de la post-évacuation. En effet, ils sont susceptibles de rester jusqu'au dernier moment. En même temps, ces personnes sont les moins aptes à investir l'aide d'hébergement offerte. Pour différentes raisons (respect du règlement, absences répétées, trop grande individualisation) elles ne sont pas à même d'investir les propositions.

Au niveau des outils, un effort important a été fait sur la classification des formes possibles d'hébergement. L'affinement de la caractérisation de la situation de la personne, souligne l'attention des intervenants de terrain de la RDR de caractériser à bon escient les besoins des consommateurs (cf. 3.3.4 L'usage des outils après l'intervention collective sur site).

La situation administrative

Comme pour l'hébergement, l'item de la situation administrative caractérise les besoins des personnes et se pose aussi comme l'un des critères des suivis post-évacuations. L'importante distinction sur l'ensemble des publics provient de la différence entre noyau dur et consommateurs périphériques. Les premiers sont plus souvent dans une situation irrégulière ou bien avec une perte des papiers d'identité. Une autre distinction est remarquée par les intervenants en 2004 et 2005 entre le public homme ou femme. L'activité féminine de prostitution peut amener les consommatrices à être plus en contact que les hommes avec les associations de prévention (Amicale du Nid, Antenne Mobile Charonne...). Elles bénéficient sensiblement plus de l'ouverture des droits socio-sanitaires. Vis-à-vis de ce public, il y a une interrogation de la part de quelques intervenants de terrain sur l'attribution d'hébergements qu'il peut leur être faite (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation).

Pour les personnes qui sont sans titre de séjour, la prise en charge médico-sociale se heurte à l'obstacle de la domiciliation. L'obtention d'une adresse postale ne peut en effet s'établir qu'avec une situation administrative en règle (cf. 4.3 Les manques dans l'intervention collective).

La situation des revenus

Par rapport aux revenus, la même distinction est opérée entre les différents publics que sur les items du logement ou de la situation administrative. C'est aussi un item qui était renseigné sur les premières années mais qui ne l'a plus été par la suite, dans les tableaux d'évaluation et de suivis des sites. Les situations de revenus se différencient selon s'il s'agit de revenus fixes, eux-mêmes subdivisés en minimas sociaux ou revenus légaux, et des revenus irréguliers provenant de la débrouille et de l'économie informelle.

Les produits et modes de consommation

Comme l'introduction le précisait, les interventions collectives ont mis en évidence la prédominance de l'usage de crack sur le territoire. Les consommateurs de drogues rencontrés sur les sites sont poly-toxicomanes. Il y a une utilisation détournée des médicaments de substitution, essentiellement du Skénan, Subutex et Codéine. Les produits consommés de façon régulière sont le cannabis et l'alcool. Pour ce dernier, le ressenti des intervenants de terrain est qu'il est davantage utilisé. Dès 2006 une note de Coordination Toxicomanies souligne ce constat :

« Les raisons avancées peuvent être la diminution des ressources des usagers ou leurs propres cheminements dans la toxicomanie. Où souvent, l'alcool vient remplacer la prise de produits illégaux. »

La prédominance de l'usage de crack ne doit pas masquer la continuité de la pratique de l'injection par intraveineuse. Sur les sites, elle semble être effectivement moins présente. Mais il est plus délicat d'extrapoler ce constat pour l'ensemble du territoire.

Ces produits et mode de consommation renvoient à l'évolution de la délivrance de matériel. Cette tâche prévaut pour presque tous les intervenants de RDR (cf. 2.2.1 Les tâches communes aux CAARUDs). Parmi les évolutions notables du côté des professionnels de la RDR, il est possible de relever qu'au contact des consommateurs, les intervenants ont développé un savoir-faire pour élaborer des messages de prévention sur l'utilisation des doseurs (cf. 3.2 L'élaboration d'un savoir-faire et savoir-être dans l'intervention sur site.).

En fonction de l'ancienneté de la consommation

Comme il a été signalé, un recoupement partiel semble pouvoir être opéré entre la répartition des consommateurs en fonction de la régularité de leurs présences sur site et en fonction de leur ancienneté de consommation.

Les anciens consommateurs

La majorité d'entre eux sont consommateurs de drogues depuis de nombreuses années et ont connu la consommation d'héroïne. Pour une part, ils constituent le noyau dur. Ils ont entre 40 et 60 ans. Comme il a été dit dans les paragraphes ci-dessus, ils ont un lien très fort avec le territoire. Ils capitalisent également une bonne connaissance des structures de la RDR. Leur rapport au champ de la prévention a évolué car certains se sont engagés dans des prises en charge. Leur état de santé très dégradé et pour certains d'entre eux, l'inadéquation des offres d'hébergement, posent des questions sur les perspectives post-évacuations.

Les jeunes consommateurs

Cette catégorie était qualitativement analysée lors des interventions sur Wilson et CFA1 en 2004. Elle est moins perceptible sur les sites suivants sans pour autant qu'il faille penser qu'elle soit devenue inexistante (cf. 4.3 Les manques de l'intervention collective). De nouveau les notes de Coordination Toxicomanies entre 2004 et 2006 sont représentatives de la situation des jeunes consommateurs :

« Ils ont moins de 30 ans et une consommation ancienne d'environ 5 ans. Ils fument le crack de manière festive ou occupationnelle sans jamais aborder le sujet d'une consommation abusive. Ils gèrent leur consommation et se rassurent en refusant toute assimilation de leur comportement à une conduite « toxicomaniaque ». Toutefois, ils sont déjà inscrit dans une situation précaire (perte de logement, rupture du lien familial, perte des repères qui les désocialisent petit à petit). »

Cette catégorie n'est pas renseignée sur ses origines géographiques. Au vue de la réputation du territoire sur le plan national, illustrée notamment par les gares du Nord et de l'Est, il est possible que ces jeunes proviennent pour une part de France et soient dans une errance active. C'est-à-dire dans une mobilité géographique beaucoup plus forte que le « noyau dur » ou bien la catégorie ci-dessous.

Les nouveaux consommateurs

Cette appellation désigne également des personnes jeunes. Comme pour la catégorie des « jeunes consommateurs », elle est moins analysée sur les derniers sites. Egalement depuis les notes de la période 2004-2006, il est possible de dire qu'ils sont rares sur ce lieu. Revendeurs avant tout, ils ne se considèrent pas comme dépendant. Sur ces dernières années, les intervenants de terrain appuient la remarque que le trafic tend d'une manière générale à changer de mains. Il passe des « modous », c'est-à-dire les revendeurs traditionnellement connus sur le territoire, à cette catégorie de public. Ce constat est le même du côté des habitants (cf. 1.3 Les acteurs concernés par le phénomène de regroupement d'usagers). Le crack est un nouveau marché sur lequel ces jeunes s'approvisionnent occasionnellement pour vendre.

Le caractère « nouveau » de ces consommateurs représente pour les intervenants de terrain un enjeu particulier car ils sont en début de consommation. Interrogés sur la perception qu'ils en ont, ils soulignent que les personnes s'installent rapidement dans des consommations plus importantes. Ce constat interroge donc les pratiques et les moyens envers ce public, jeune et vivant sur le territoire (cf. 4.3 Les manques de l'intervention collective).

1.3. Les acteurs concernés par le phénomène de regroupement d'usagers

L'intervention collective peut se comprendre dans un sens restrictif ou élargi. Au sens restrictif, elle concerne les professionnels qui sont amenés à entrer sur site (professionnels de la RDR, de la Sécurité Publique, de l'aménagement du territoire). Au sens élargi, elle rend compte des liens qui existent dans l'action collective avec la société civile, les institutions politico-administratives, le droit commun socio-sanitaire. Comme pour les professionnels entrant sur site, ces différents acteurs sont amenés aux titres de différentes compétences à être concernés par la constitution d'un site d'usagers de drogues. Leurs apports respectifs jouent à la fois comme des éléments conjoncturels facilitant l'action et comme des éléments de fond. Leur engagement dans l'action et le soutien qu'ils apportent à l'intervention collective dépend pour une part des représentations qu'ils ont des consommateurs de drogues.

1.3.1. Les habitants

Ce terme englobe les habitants ou professionnels en tant que voisins immédiats des sites, ainsi que les associations d'habitants, les conseils de quartiers.

Mais aussi dans cette catégorie, une place particulière peut être faite aux propriétaires des lieux. Ceux-ci peuvent habiter ou non sur le territoire concerné (Nord-Est Parisien et Seine Saint-Denis). Mais de fait, leurs décisions ou non de se tourner vers la Justice, comment ils choisissent de faire appliquer le référé, sont autant d'éléments conjoncturels qui impactent l'effectivité de la mise en place de l'action collective, durant la vie du site et lors de l'évacuation (cf. 2.6 L'évacuation ou le début de l'histoire).

Une autre place spécifique peut également être aménagée pour les médias. La façon dont ils relayent l'information a un impact sur les perceptions des habitants vis-à-vis des consommateurs et de l'action collective menée sur site. Aussi, il est à se demander si les différents acteurs n'auraient pas à gagner d'anticiper la construction d'un discours à l'attention des médias (cf. 5.2. Construire les actions d'une RDR efficiente).

En ce qui concerne, les habitants, l'action en leur direction est portée par les spécificités de l'association Coordination Toxicomanies (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Elle réalise un travail de médiation avec le voisinage. Il a été effectué sur la quasi-totalité des sites, à l'exception de la Briche. Ce qui est paradoxal, car c'est le site où les habitants étaient le plus à proximité. Une des explications avancées par un cadre intermédiaire, est que le cahier des charges de l'intervention médico-sociale sur ce site n'incluait pas cette mission. Sur les autres sites, le travail de médiation territoriale a permis une intégration du site dans le voisinage (présentation de représentants des consommateurs de drogues aux professionnels alentours). C'est le cas notamment pour le site du CFA2 en 2006, où les intervenants de la RDR se sont appuyés sur la mobilisation des consommateurs, pour développer l'intervention médico-sociale sur site (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). En dehors des sites du CFA2 et de la Briche, l'action de médiation s'est plus tournée vers des professionnels en proximité avec les sites, que des habitants. En effet, les lieux investis sont plus dans des zones industrielles que des quartiers résidentiels.

Les associations d'habitants, elles, ne se sont pas ou très peu senties concernées par la constitution des différents sites. Entre la fin des années 90 et le début des années 2000, la réhabilitation urbaine des quartiers a éloigné l'utilisateur que les habitants considèrent comme le stéréotype du consommateur de drogue. Vis-à-vis du public dit « le noyau dur », leur regard a par ailleurs évolué. Ainsi un représentant d'association d'habitants témoigne, lors du groupe dédié, qu'ils ont appris à vivre avec et les consommateurs à respecter l'entourage. Par contre

sur les cinq ans, une évolution est à prendre en compte pour les actions futures. Les habitants font part des gênes que leur occasionnent non pas le public classique des sites, mais les « nouveaux » consommateurs. Alors qu'en 2004-2006, ils ne percevaient pas ce public comme consommateurs de drogues ou revendeurs, aujourd'hui ils sont sensibles à la visibilité des activités de revente par ce même public.

1.3.2. Les acteurs du droit commun socio-sanitaire

Le droit commun socio-sanitaire recouvre une large palette de secteurs spécifiques. **Il concerne tant le juridique, le secteur social que sanitaire. Les associations humanitaires ou à but social à proximité des sites sont également sollicitées.** Pour tous ces acteurs, les représentations sur le consommateur de drogues peuvent être un frein à leurs prises en charge (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). L'action des professionnels qui y œuvrent est essentielle, notamment pour que l'action des intervenants de la RDR sur site dépasse ce cadre. La mobilisation de ces professionnels est importante tant le jour de l'évacuation que durant le déroulement de l'action collective (cf. 2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire). En effet, l'enjeu est de permettre que les contacts initiés sur site aillent plus loin vers une prise en charge socio-sanitaire. Les passerelles d'articulation avec les différents secteurs sont inégales. Par exemple, une articulation se met récemment en place entre le secteur de la RDR et l'hébergement de droit commun (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels). Des difficultés pour construire une véritable filière d'amont et d'aval dans les prises en charge demeurent (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site). Les possibles existants en matière d'hébergement et les possibles à construire posent donc de nombreuses questions sur le sens et les finalités de l'intervention collective (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation). Autre exemple, les ouvertures des droits sociaux se heurtent souvent au problème de la domiciliation administrative des consommateurs, ce qui fait que l'accès vers les droits sociaux est un vrai manque dans l'intervention collective sur site (cf. 4.3 Les manques dans l'intervention collective). A ce titre, le recoupement entre le droit commun et le secteur de la RDR est crucial (cf. 5.2. Se donner les moyens d'une RDR efficient).

1.3.3. Les acteurs politico-administratifs

Dans cette catégorie, il est question de l'enchâssement des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales. Les administrations déconcentrées ont en charge la supervision des actions envers la grande précarité. **La Préfecture de Paris** assure la mobilisation des services de l'Etat pour réaliser la déclinaison territoriale des politiques interministérielles. **La Préfecture de Police** est concernée par la constitution des sites du fait de ses missions de police et de son devoir d'assister un propriétaire lorsque celui-ci demande l'application d'un référé. **Les mairies** sont concernées du fait de leurs compétences en hygiène, tant sur la voirie, que l'aménagement urbain en général. Dans le cadre de conventions avec l'Etat elles sont également amenées à exercer des actions vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). **Les départements** sont concernés selon des dimensions différentes mais sur les mêmes thématiques. Des intervenants de terrain dans l'aménagement du territoire note que le parallélisme des compétences de département et de commune sur Paris, fait que la mise en réseau est parfois facilitée. Le dialogue entre les institutions politico-administratives est tout aussi important que le dialogue entre les associations de RDR ainsi que le dialogue entre institutions et associations (cf. 3.1 La sensibilisation et l'implication des institutions politico-administratives.). En effet, l'action collective ne se met en place que lorsque des

ententes sur les objectifs poursuivis sont formulées (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle).

1.3.4. Les acteurs de l'aménagement du territoire

Les acteurs ainsi dénommés sont les professionnels qui réalisent les compétences des collectivités concernées. Leurs apports sont essentiels pour le bon déroulement de l'intervention collective. L'appui des ingénieurs de travaux de Paris de la Direction de la Propreté et de l'Eau, de la Direction de la Voirie et des Déplacements, ainsi que celle des Espaces Verts et de l'Environnement, est parfois essentiel. C'est avec eux que les intervenants de terrain de la RDR sont en mesure d'assurer leurs missions de veille sanitaire (cf. 2.2.1. Les tâches communes aux CAARUDs). L'articulation entre les professionnels de la RDR et de l'aménagement du territoire n'est pas évidente. En deçà des professionnels ayant un pouvoir décisionnel, d'autres services sont à l'interface des deux secteurs et aident à la mise en perspective des compétences. Rétrospectivement, les collaborations entre l'aménagement du territoire et les acteurs de la RDR ont permis des réalisations concrètes et positives (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels). Quelques remarques peuvent être aussi amenées à leur amélioration (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

1.3.5. Les acteurs de l'addictologie et des CAARUDs

Les professionnels intervenant sur site sont issus pour une grande part du secteur de l'addictologie et plus spécifiquement, ils viennent d'associations ayant été très militantes dans le développement de la RDR au cours des années 80 et 90 (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues). Ces années ont contraint à une spécialisation autour de la délivrance de matériel dans l'esprit de *l'out reach*. Depuis le milieu des années 90 plusieurs d'entre elles, comme l'Association Charonne, expérimentent la mobilité à pied ou en véhicule. Mais la répétition du phénomène des regroupements et les innovations législatives de 2004 ont incité les structures à aller plus avant dans les possibilités offertes par la mobilité. Dans ce contexte, les pratiques des professionnelles renouent avec le cœur de leur métier qui est le travail de rue ou le milieu ouvert (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

Le fait que les interventions collectives au cours des dernières années ont pu être aussi complètes est sans aucun doute lié à l'ancienneté et la diversité du tissu associatif en RDR sur le territoire. Les structures ont des tâches communes (cf. 2.2.1) et des spécificités qui les distinguent les unes des autres (cf. 2.2.2). La diversité pose logiquement la question de l'organisation des spécificités de chacun sur un même site et sur un même temps. Sur ce point, les différentes expériences qui ont eu lieu montrent que ce n'est pas un obstacle pour la mise en place de l'intervention collective. Au contraire, l'intervention sur site retrace à chaque fois une complémentarité et une coopération entre structures qui sont très positives (cf. 4. Faiblesses repérables au cours des cinq ans d'expériences : des ressorts en quête de résilience). Par contre, les enjeux de l'effectivité de sa mise en place résident en amont, dans la décision de la mettre en place ou non (cf. 4.1 L'articulation entre les acteurs de la RDR). L'ancienneté et la diversité des structures de la RDR sur le territoire parisien contribuent à alimenter l'interconnaissance entre les professionnels. Elles peuvent jouer soit positivement en posant les bases d'une confiance dans l'utilisation d'outils communs (cf. 3.3

L'apprentissage d'une intervention coordonnée), soit négativement en donnant à observer les raisons des divergences (cf. 4.1 L'articulation entre les acteurs de la RDR).

Par rapport aux structures de la RDR, il est à spécifier le déséquilibre des ressources entre le Nord-Est Parisien et la ville de Saint-Denis (cf. 5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions).

Chronologiquement, il est possible de suivre l'implication progressive des structures de la RDR sur site comme suit :

- 2004 Effervescence, CT, Prose, Aides 93
- 2005 Gaïa Paris PPMU (à l'époque Médecins du Monde PPMU)
- 2006 Charonne B18 Espace Femmes, Antenne Mobile, La Terrasse ELP et IPSSUD.
- 2008 Ego Accueil et Step, le Kaléidoscope.

Cette implication est détaillée en annexe, avec le tableau récapitulatif de la chronologie. Les principaux sites retracent la dynamique temporelle des phénomènes de squats et scènes selon un rythme cyclique. La répétition des événements a permis en partie que les positions des professionnelles de la RDR évoluent favorablement en direction des cadres possibles d'intervention que représentent les squats et scènes (cf. 3.2.1 « Une professionnalité de la rencontre »). Plus fondamentalement, elle interroge la pertinence du modèle d'une action collective basée sur l'urgence, dans un temps et lieux limité (cf. 2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire).

1.4. *Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le territoire*

1.4.1. Une mobilité spatiale sur des friches urbaines

Le noyau dur des consommateurs investit des sites sur des zones de circulation du trafic de drogue. Le territoire est entre le département de la Seine Saint-Denis et la Ville de Paris. Cette situation appelle les institutions politico-administratives à poser des cahiers des charges pour définir l'implication de chacun sur site (institutions comme structures associatives) en fonction des compétences respectives (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives).

Une responsable des services généraux d'une collectivité territoriale souligne que les espaces investis sont « des niches urbaines ». Des lieux en dehors du regard de l'espace public et peu utilisés. Les sites sont choisis du fait de leur désaffectation et de leur proximité par rapport aux zones de revente. La zone concernée est historiquement peu investie par des questions d'aménagement urbain. Elle est essentiellement composée de grands blocs d'habitations et de bâtiments industriels ou commerciaux. Les réhabilitations et travaux projetés d'un côté et de l'autre de la frontière administrative de la zone interroge sur la mobilité future du groupe de consommateurs pionniers dans la création des sites, et plus globalement son devenir.

Par rapport au temps et à l'espace, les sites nouent dans leurs existences la sédentarité et l'éphémère. Ces notions rentrent en contradiction sans s'excluent mutuellement. **Au vue de la récurrence des sites, le constat est que les usagers sont dans une errance urbaine.** Leur faible mobilité géographique conduit à parler de leur errance comme étant fixe. Cette expression peut être prise en considération pour interroger la modélisation possible de l'action

collective envers les sites. Bien que celle-ci semble se faire sur le mode de la crise et de l'urgence, la cyclicité induit qu'elle s'inscrit dans la durée.

1.4.2. Une temporalité cyclique

Les sites se succèdent plus ou moins rapidement sur les cinq dernières années. Pour l'ensemble de la période, 8 sites sont repérables pour 6 squats (Wilson 2003, CFA1 2004, La Déchetterie 2005, Le Nœud Routier 2005, CFA2 2006, La Villette 2008), et 2 scènes (La Briche 2008) dont une encore d'actualité (Stalingrad). De nombreux paramètres jouent dans leurs durées d'existence et dans la rapidité avec laquelle ils se reconstituent. Ci-dessous, il est proposé une répartition possible de ces éléments selon 3 temporalités, celles dites de l'addiction, du territoire et de l'intervention médico-sociale. Il est à rappeler qu'avant que le site ne fasse l'objet d'une intervention médico-sociale, sa constitution résulte d'une poignée de personnes voire d'un couple, du moins de personnes en quête d'un habitat. Puis le site est progressivement repéré par l'ensemble des acteurs concernés.

Chacun en est informé selon des canaux différents qui découlent des logiques respectives, professionnelles ou non. Les services généraux via la DPP-ASA, la Sécurité Publique, les intervenants de la RDR et aussi le propriétaire et les habitants, s'informent selon leurs propres méthodes de travail ou moyens d'actions. **Ces différentes temporalités s'influencent mutuellement pour structurer la durée de vie d'un site et donc pour une grande part l'action collective elle-même.**

Selon la dynamique du produit

En ce qui concerne les consommateurs, durant la phase de repérage c'est la diffusion informelle de l'information qui crée peu à peu l'attractivité du site.

« C'est le bouche à-oreille, quelqu'un qui a dit une parole de trop et vite, ça fait une traînée de poudre, tout le monde est au courant. Ça peut être rapide mais ça peut aussi bien être long à venir. »

L'évocation du « bouche-à-oreille » est illustrative de la manière dont les consommateurs s'organisent autour de l'offre du produit. Au-delà, de la façon dont les acteurs (intervenants de la RDR, de la Sécurité Publique, etc....) travaillent avec le fonctionnement de la communication dans la Rue (cf. 3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre »).

Un des intérêts que les usagers occupants ou non peuvent trouver dans la constitution de ces lieux est la possibilité de consommer avec plus de sécurité que dans l'espace public. Mais à moyen ou long terme, le squat devient vite un lieu d'où il est difficile de s'extraire. Le produit est clairement désigné par les intervenants comme la cause de cette attractivité et du déclin du site :

« On l'a vu sur le squat de La Villette, petit à petit les choses se sont dégradées, plus on avançait et plus c'était compliqué. Le produit est central ».

« Plus le squat dure longtemps, plus il y a du monde, plus ça devient compliqué, plus il y a de la consommation. »

« Le produit amène le deal, la prostitution, la violence, les clients... »

En caractérisant la vie d'un site par la centralité du produit, il est fait allusion tant à la dynamique pharmacocinétique de la consommation de produits qu'au temps passé à le trouver et à le vendre. Le comportement d'un consommateur dépendant et l'économie informelle sont

liées dans cette dynamique-ci. L'expression « errance fixe » pour désigner la faible mobilité des consommateurs rend également compte de ce lien avec le produit : rester près des lieux de revente, des lieux de consommation. Un cadre intermédiaire précise la description en parlant « *d'errance circulaire* ». Il décrit ainsi l'aller-retour des usagers entre la consommation, les moyens financiers pour se le procurer, et le trouver. L'expression accentue la répétitivité du comportement et souligne la lenteur de l'évolution qualitative des prises en charge (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site). Il apparaît qu'au fur et à mesure du temps, la fonction de l'habitat s'estompe du fait de la sur-fréquentation, derrière le registre des drogues (sens générique et en incluant tout ce qui a trait à la consommation et l'économie informelle). A l'échelle d'un site, une lecture selon la temporalité de l'addiction mettrait en avant l'existence d'une période de lune de miel, puis une phase de perte de contrôle avant la demande d'aide. Au fur et à mesure du temps la circularité ou répétition du comportement gagnent en intensité. L'amalgame des fonctions d'habitat et de lieux de consommation pour les consommateurs conduit une part d'entre eux à ne plus quitter les sites. C'est un des éléments structurants dans la vie d'un site qui légitime la mise en place de l'action collective. Pour tous les sites observés, les intervenants relayent la dégradation physique et psychique des personnes via les comptes-rendus de réunion. C'est à ce moment là que l'intervention, voir l'évacuation devient acceptable : en s'installant sur le registre de l'urgence (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle).

Les professionnels de la RDR remarquent que la fabrication ou non du crack sur site modifie l'ambiance du lieu. Ces faits se sont notamment retrouvés sur la Briche (2008). Lorsque les usagers sur place ont reconditionné le produit disponible aux alentours, il s'en est suivi une augmentation de la tension. Tensions avec les dealers à proximité, du fait d'une mise en concurrence des prix. Tensions entre usagers, liées à une concentration dans un même espace. La revente et la consommation se déroulent plus intensément que lorsque ces activités sont disséminées dans la ville. En d'autres termes, si « la cuisine » n'est pas nécessairement liée à un squat ou une scène, elle joue un rôle central dans la durée de vie du site. Car elle entraîne un effet « boule de neige » dans la fréquentation du site. **Le même constat est fait pour l'activité de prostitution.**

Ce descriptif montre que la socialisation des consommateurs sur site repose sur la disponibilité du produit et la possibilité de le consommer. Bien qu'elle émane originellement d'un groupe qui se connaît et partage des points communs autres que la consommation, les passages plus ou moins loin de consommateurs périphériques au noyau dur empêche sa viabilité. La régulation du site selon la seule dynamique du Produit, le voue à un déséquilibre et une non-viabilité.

Selon la dynamique du territoire

Par territoire, il est compris le voisinage à proximité du site, habitants, entreprises, propriétaires ; sont aussi inclus les conseils de quartier, les élus, le juge, vers qui le propriétaire peut se tourner et les préfectures. Dans cette dynamique, la structure associative qui est la plus à même d'intervenir est Coordination Toxicomanies. Son objet la pose légitimement comme l'interface entre les acteurs qui composent le territoire, les consommateurs, et les structures de la RDR (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Les sites, squats ou scènes sont des occupations de lieux par des personnes sans titres légaux. Au regard de la Justice, ces sites sont éphémères, à moins qu'un compromis soit trouvé entre occupants et propriétaire. **Vis-à-vis du voisinage immédiat, sur les cinq ans, il n'y a pas de traces d'un mécontentement important de la part des riverains. Le travail de médiation a permis à chacun de rencontrer un interlocuteur pour faire part**

des nuisances ressenties et trouver des résolutions. Par exemple pour chaque configuration des sites des tactiques d'aménagements de l'espace ont été mises sur pied, afin que les allers et venues de consommateurs n'interfèrent pas outre mesure le quotidien des habitants. La présentation de consommateurs désignés comme « représentants » par leurs pairs a permis que la médiation soit plus qu'un apprentissage du « vivre ensemble », l'inscription du consommateur comme un citoyen. Le groupe de réflexion composé par des associations d'habitants connaissait davantage la période de la fin des années 90 et début 2000, que la période des sites. Néanmoins, ils ont largement souligné que cet apprentissage leur permet aujourd'hui d'être plus à même de dialoguer avec les consommateurs sur l'occupation d'espaces communs. Ils sont en mesure d'établir avec les consommateurs une forme de cohabitation plutôt que de subir les tensions inhérentes à l'absence de dialogue. Par rapport aux sites, ce témoignage montre que les propriétaires sont des acteurs clés qui soutiennent ou freinent le déploiement d'une intervention médico-sociale.

La dynamique du territoire fonctionne avec le degré de tolérance des habitants et propriétaires vis-à-vis de phénomènes comme les squats et scènes. Elle fonctionne aussi avec la durée de la procédure juridique. Si celle-ci est mise en place, alors l'action conjointe de Coordination Toxicomanies et des Préfectures peut conduire à des aménagements afin de dégager le temps nécessaire à la planification de l'évacuation (cf. 2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives). Ce temps permet de consolider l'implantation de l'intervention médico-sociale et à terme ses bénéfices post-évacuation. La dynamique temporelle du territoire vis-à-vis des sites est très fluctuante. La mobilisation des acteurs dans cette dimension pointe les perspectives possibles par rapport à l'intégration de la présence des consommateurs dans le tissu urbain (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine).

Selon la dynamique de l'intervention médico-sociale

Les dynamiques citées plus haut sont déterminantes pour celle de l'intervention médico-sociale. Elles ne la conditionnent pas univoquement, **car celle-ci fait entrer ses propres paramètres dans la durée de vie du site** (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Vis-à-vis de l'impasse qu'est un site avec la seule dynamique du produit, elle permet d'en réguler partiellement les effets. Cette régulation s'obtient conjointement aux logiques d'actions des professionnels de la Sécurité Publique. En termes de réductions des nuisances à la tranquillité publique, le lien entre les structures de la RDR et les consommateurs ainsi que la présence régulière des policiers permettent la stabilisation temporelle et spatiale des consommateurs pendant un temps donné. Ces apports complémentaires entre les deux champs professionnels représentent un atout, un jalon acquis au cours de ces cinq ans (cf. 3.4 Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels). Ils restent en même temps très aléatoires. L'agencement des différentes logiques ne se recrée pas systématiquement dans leurs complémentarités (cf. 4.2 Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

La dynamique de l'intervention médico-sociale inclut différentes phases présentées dans la seconde partie de cet écrit : l'entrée, l'implantation, l'évacuation et la post-évacuation, qui ne sont donc pas développées dans ce paragraphe. Par contre, par rapport aux interactions entre les différentes dynamiques il est pertinent de signaler ici que la concertation entre les acteurs institutionnels et de la RDR est déterminant (cf. 2.1.2. Le processus de consensus sur la mise en place de l'action interprofessionnelle et institutionnelle). La réactivité avec laquelle ce processus se met en place permet de réduire les divergences de logiques et dynamiques. Son

positionnement le plus tôt possible évite la génération d'écarts, de fonctionnements cloisonnés, improductifs pour la qualité des prises en charge des consommateurs à long terme. Le travail fourni par les structures de la RDR sur le terrain permet notamment de justifier de la nécessité d'aménager l'exécution de l'expulsion.

La dynamique de l'intervention médico-sociale s'apparente au temps du travail socio-éducatif. Soit, un temps long, marqué par des mises entre parenthèses du suivi, du fait du mode de vie de la personne ou du manque de transversalité entre les secteurs (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). Un temps qui trouve difficilement à être évalué tant qualitativement que quantitativement (cf. 4.1.2 Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective). Les intervenants sont conscients de la durée de vie limitée d'un site, du fait des influences croisées avec la dynamique du produit, et de la dynamique du territoire. Ils ont un point de vue lucide sur l'intrication des différentes temporalités. Ils peuvent même parfois exprimer une sorte d'impuissance, tant pour eux que pour les usagers, à inverser la tendance du phénomène.

« La personne elle est d'accord avec nous, sur ce qui fait que le site va devenir invivable, mais souvent ça les dépasse, ce n'est pas de leur ressort. ».

Il est possible de voir dans cet extrait un rappel de l'attraction qu'exerce le produit. C'est d'ailleurs cette emprise là qui fait que les intervenants de la RDR s'organisent avec une forte cohésion pour intervenir sur site. La stagnation des consommateurs sur place, sans possibilité de nettoyer le lieu, conduit à un état d'insalubrité. La dynamique de l'intervention médico-sociale, comme celle du territoire, s'appuie alors entre autres choses sur le Droit pour légitimer la nécessité d'aménager des conditions de vie dignes. La dynamique de l'intervention médico-sociale met en avant l'urgence de la dégradation sanitaire comme le mécanisme qui rend cohérent les différentes logiques professionnelles. Les intervenants entrent dans l'action collective, par l'implantation d'une intervention qui œuvre sur l'hygiène et la mobilisation des consommateurs vis-à-vis de leurs lieux de vie. Les intervenants esquissent des référentiels d'action lorsqu'ils abordent les axes sur lesquels ils s'appuient (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues). L'implication des intervenants de la RDR est d'autant plus forte qu'il est évident pour eux que l'intervention médico-sociale perdure par delà un site, par les suivis, et surtout, par la reconstitution d'autres sites. Le noyau dur des consommateurs est dans un mode de vie où leur stabilisation spatio-temporelle passe par des occupations de sites privés. Il s'agit là du premier paramètre qui déclenche la mise en mouvement des différentes logiques et dynamiques. Aussi, les intervenants soulignent le constat de la répétition des sites pour interroger les perspectives offertes par le bilan de ces cinq ans d'expérimentation (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine).

2. Le dispositif de l'action inter professionnelle et institutionnelle avec les sites de regroupement d'usagers de drogues

Schématiquement, il est possible de distinguer quatre phases différentes : le repérage du site et l'entrée, l'implantation de l'intervention médico-sociale, l'évacuation et la post-évacuation. Ces temps sont en synergies. Malgré leur présentation séquencée, ils ne fonctionnent pas indépendamment les uns des autres. **Par ailleurs, il est à distinguer l'intervention médico-sociale et l'action collective. Cette dernière est plus vaste que l'intervention elle-même et elle permet sa mise en place.** Elle illustre l'interdépendance qui existe entre l'intervention médico-sociale de la RDR et les autres acteurs professionnels ou non, concernés par les sites. Par exemple, suite au repérage et au diagnostic d'un site, un processus de concertation interprofessionnelle et institutionnelle se met en place. Il n'est pas à proprement parler l'intervention sur le site, mais il la favorise, tant dans sa phase d'implantation (cf. 2.2. et 2.3) que dans la phase d'évacuation du site et dans la période post-évacuation (cf. 2.6).

Si la concertation tend vers un consensus autour de la nécessité d'une action collective pour encadrer le site, alors l'intervention médico-sociale se déploie. Elle se caractérise par des actions concomitantes, à la fois entre les différents professionnels de la RDR et d'autres, ainsi qu'avec le site et les personnes. Ensuite vient la planification de l'évacuation qui clôt la durée de vie du site. Pour autant, l'intervention médico-sociale mise en place sur site dépasse l'illusion de ce terme. Si le dispositif interprofessionnel et institutionnel amenant un consensus est essentiel pour son enclenchement sur un site, elle lui survit. La période de la post-évacuation est notamment celle de l'hébergement. Cette thématique a fait l'objet de nombreuses adaptations positives et est encore soumise à de nombreuses interrogations et attentes, aussi elle est abordée dans les trois parties suivantes de l'écrit.

2.1. Prise de connaissance du site et activation du réseau inter-professionnel et institutionnel

La prise de connaissance de l'existence d'un site se fait par le recoupage d'informations diverses, recueillies ou observées. L'importance du bouche-à-oreille a ainsi été observée (cf. 1.4.2. Une temporalité cyclique). A côté des nouvelles relayées par les consommateurs, les intervenants observent aussi une baisse de la fréquentation des structures fixes. Dès 2003, le rapport d'activité de l'Association Charonne note que l'émergence d'une scène ou d'un squat implique une baisse de la fréquentation. Le constat est une chute de l'ordre de 36 à 10 pour les consommateurs du noyau dur. Soit une diminution de 72% pour la fréquentation des structures CAARUD par les personnes vivant en squat. Ce point est encore aujourd'hui largement confirmé par les différentes structures entendues lors des groupes de réflexion. Un autre signal, tout aussi empirique que les précédents, est l'odeur qui émane des vêtements des usagers. La constitution d'un site implique la production de feu de bois, à l'aide notamment de palettes de marchandises. Les sites étant parfois sans aération adéquate, s'en suit une trace olfactive caractéristique. Face à l'éparpillement de ces différents signaux, les intervenants de la RDR peuvent commencer à s'organiser, pour aller vers les consommateurs qui résident dans les sites.

2.1.1. L'entrée sur site

Plusieurs acteurs précurseurs possibles

Les consommateurs évoquent la création d'un site en structure fixe, mais la préparation de l'entrée dans le site se fait en milieu ouvert. « L'invitation » vient forcément depuis le terrain. Sur la période visée, c'est Coordination Toxicomanies qui souvent entrait initialement sur les sites. Ils sont parfois désignés comme « *les découvreurs* » ou les précurseurs sur le terrain. Ce peut-être vrai en interne du secteur de la RDR mais ce ne l'est pas forcément vis-à-vis de l'activité des autres professions. La Sécurité Publique, les services généraux des villes (DPPD-ASA), peuvent aussi être amenés à entrer sur site. La façon dont leur entrée s'opère n'est pas renseignée dans cet écrit, du fait des lignes directrices du cahier des charges. L'existence de plusieurs types de professionnels qui peuvent être précurseurs, est un constat qui invite à une fluidité de la transmission des informations entre les acteurs (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle).

Par ailleurs, Coordination Toxicomanies par rapport aux autres structures de la RDR a des spécificités qui la conduisent à entrer sur sites pour des raisons supplémentaires à celles des missions des CAARUDs. Depuis la définition de ces dernières et l'imposition d'une mobilité, les structures de la RDR sont plus qu'auparavant incitées à réaliser le même acte, dans la logique médico-sociale. Mais elles ne disposent pas des mêmes ressources que Coordination Toxicomanies qui a capitalisé un savoir-faire dans la manière de découvrir un territoire (cf. 2.4. Les outils utilisés par les CAARUDs). Un savoir-faire qui est différent des compétences médico-sociales nécessaires à la réalisation de la prise en charge d'un site, d'un groupe ou des individus. Aussi, ce constat interroge les capacités de la RDR à répliquer le modèle cible de l'intervention collective dans le futur. Selon l'agencement des compétences de chacun, la mise en place d'une action collective est plus ou moins efficiente. Par ailleurs, les structures de la RDR sont mobiles selon des territoires donnés. Les limites géographiques de leur mandat entrent parfois en contradiction avec la répartition des compétences sur le territoire. Par exemple, ce fut le cas notamment sur la Villette en 2008. Aussi, lors de la mise en place progressive et constante d'un processus de concertation entre tous les acteurs concernés, le rôle des institutions politico-administratives est très aidant pour soutenir les structures de la RDR (cf. 5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions).

Du côté de la RDR, préparation de l'invitation à entrer et anticipation de la demande d'aide

Dans un premier temps, il y a l'ouverture d'un lieu par une poignée d'usagers sur un registre qui est avant tout celui de l'habitat. Pour les intervenants de terrain, il est clair que l'on va « *chez* » des personnes. Dans ce cas, l'entrée se fait « sur invitation ». Un intervenant soulignait qu'il ne s'agissait pas d'attendre l'invitation mais de l'anticiper. Par exemple, de commencer à repérer dans le travail quotidien la localisation du site, les consommateurs présents, de passage et si certaines autres personnes périphériques s'y opposent (revendeurs). S'en suit le travail de contact auprès des usagers, pour que la confiance s'installe. Bien souvent, cette confiance ne se crée pas à l'occasion du site mais repose sur des années de connaissance préalable. De plus, cet élément est central pour que les intervenants de terrain de la RDR se sentent légitimes dans leur intervention. L'enjeu est que l'intervention si elle doit avoir lieu, soit perçue comme une aide et non comme une menace envers l'existence du site (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective).

L'entrée sur le site se fait sur le mode de l'invitation parce qu'il n'y a pas de demande explicite d'aide. Cette logique est plus perceptible pour les petits sites, non répertoriés ici. Pour les différents sites qui sont analysés, la récurrence de la présence de consommateurs précis et l'importance numérique de la fréquentation, conduit à ce que consommateurs comme intervenants associent clairement l'entrée à l'évacuation. Cette assimilation pour autant ne remet pas en cause la formalisation ultérieure d'une demande d'aide et l'adhésion des personnes à la collaboration que les intervenants de la RDR leur proposent entre temps, via l'implantation progressive de l'intervention médico-sociale. En effet, l'entrée sur site n'implique pas la systématique de la mise en place de l'intervention. De plus si elle se fait, les intervenants de la RDR précurseurs ont un savoir-faire qui intronise peu à peu les autres structures (cf. 3.2.1. « Une professionnalisation de la rencontre »).

Au fur et à mesure de l'attraction du site, les consommateurs qui y vivent éprouvent de plus en plus de difficultés à y maintenir des conditions de vie acceptables. Eux-mêmes ou l'entourage (habitants) formulent alors explicitement une demande d'aide auprès des intervenants. C'est le moment où l'entrée est proche de se muer en une intervention médico-sociale « officielle » sur le site. Car en parallèle de ce temps, le processus de concertation interprofessionnelle et institutionnelle se met théoriquement en place. Dès l'entrée sur site, les précurseurs entament une tâche d'observation et d'évaluation du site (cf. 2.2.2. Les tâches communes aux CAARUDs) qui vient nourrir et étayer les échanges entre acteurs en vue d'établir un consensus sur l'amplitude de l'encadrement à donner au site. Dans ce cadre, le processus de concertation et l'intervention médico-sociale représentent un dispositif d'action, certes non rationalisé, mais dont l'existence est indéniable.

2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle

Toute la période de l'entrée (recoupement de signaux et tactiques de mise en relation sur le territoire) est vécue séparément par les structures de la RDR. Alors que les intervenants de terrain recueillent les premiers éléments pour évaluer le site et caractériser les consommateurs, les échelons hiérarchiques supérieurs s'en saisissent progressivement. Tout comme la diffusion de la nouvelle de la constitution d'un site se fait plus ou moins lentement entre les consommateurs, le signalement circule plus ou moins lentement entre les structures de la RDR. Les cadres intermédiaires peuvent se mettre en relation sur ce sujet par téléphone ou lors d'un échange sur une activité commune. Les directions peuvent aborder le sujet lors d'un COPIL à la DASS. Tous les temps et lieux qui permettent la rencontre entre les structures, concourent à l'activation informelle et multicentrique du dispositif. Sa formalisation peut être située à partir du moment où une réunion est spécifiquement dédiée à un site. Les directions et cadres intermédiaires ont souligné que la circulation de l'information est encore plus déterminante que la tenue d'une réunion spécifique.

Le processus de concertation donne aux autorités politico-administratives l'occasion d'être un levier puissant pour l'efficacité de l'intervention médico-sociale dans le site (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives). Ce qui est entendu ici par le terme de processus, illustre combien l'efficacité de l'intervention médico-sociale est dépendante de l'action collective. Qui, elle, englobe tous les acteurs concernés par les sites. Le processus de concertation désigne ce moment où dans l'élaboration multicentrique d'une action publique

s'opère « un transcodage » amenant une prise de décision. Sans trop développer plus avant ce terme utilisé par P. Lascoumes, il est possible de le rappeler brièvement ainsi :

- la problématisation du phénomène observé qui correspond à l'identification d'un problème public selon un registre entendable et défendable pour tous les acteurs concernés.
- La désignation des rôles et compétences propres aux différents acteurs, dans le cadre de la résolution du problème
- et, enfin, l'organisation des acteurs pour permettre la réalisation de l'action¹⁴.

Le processus de concertation n'est pas cantonné dans un temps précis, en amont de l'intervention médico-sociale. Il se poursuit tout au long de celle-ci. Par contre, la rapidité de son effectivité en amont est un facteur clé pour la suite de l'intervention (cf. 4.1.1. Une non systématique du signalement du repérage du site et de la concertation interprofessionnelle et institutionnelle). Notamment parce que la circulation des informations permet la jonction avec les acteurs politico-administratifs (cf. 3.1. La sensibilisation et l'implication des institutions politico-administratives). Le processus permet d'aménager une cohésion entre les acteurs du territoire (durée de la procédure juridique et exécution de l'évacuation) et ceux de la RDR. Il contribue aussi à ce que les structures organisent formellement leurs différents passages sur le site et favorise l'articulation des apports complémentaires entre les structures de la RDR et les services généraux des collectivités, vis-à-vis de l'hygiène sur le site (cf. 2.2.2. Les tâches communes aux CAARUDs).

Le processus de concertation équivaut à l'élaboration d'un consensus dans lequel les structures peuvent y voir une garantie pour que l'intervention médico-sociale s'inscrive dans la durée, en amont et en aval de l'évacuation. Il impacte l'amplitude avec laquelle les structures de la RDR s'engage ou non dans l'intervention médico-sociale (uniquement avant évacuation, ou également lors de l'évacuation et post-évacuation). Le manque de rapidité de concertations entre les acteurs entraîne, au contraire, une plus forte probabilité pour que l'intervention collective ne se déploie pas.

Les temps de rencontres voient l'élaboration d'une convergence des points de vue qui détermine l'ampleur de l'encadrement du site. Historiquement le consensus semble s'être initialement fait autour du registre de l'urgence ponctuelle, mais la répétition des interventions fait que sur les derniers sites le consensus s'obtient davantage selon les possibilités de prise en charge à plus long terme (cf. 2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire.)

2.2. *L'intervention médico-sociale : approche par la prise en charge du groupe d'usagers sur le site*

Lorsque l'enclenchement du processus de concertation s'oriente vers la mise en place de réunions formalisées et répétées régulièrement, l'implantation de l'intervention médico-sociale se déploie selon deux axes. **L'un porte sur la prise en charge collective du groupe, l'autre, sur une approche globale du consommateur** (cf. 2.3. L'intervention médico-sociale, l'approche par la prise en charge globale de la personne en amont et en aval de l'évacuation). Sur les deux axes, les structures de la RDR agencent leurs capacités à remplir des tâches similaires (cf. 2.2.1. Les tâches communes aux CAARUDs) et à apporter leurs spécificités respectives (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Durant le temps où l'intervention médico-sociale se déploie sur le site, les intervenants de terrain suivent l'évolution du site et adaptent leurs actions en fonction. Par exemple, sur l'axe

¹⁴ LASCOUMES, P. « Rendre Gouvernable : De La "Traduction" Au Transcodage. L'analyse Des Processus De Changement Dans Les Réseaux D'action Publique. » In *La Gouvernabilité*, Paris, PUF CURAPP. 1996.

de la prise en charge du groupe des consommateurs, ils peuvent formuler des demandes auprès des services généraux des collectivités. L'apport de ceux-ci est décisif, notamment en ce qui concerne le maintien de conditions de vie dignes dans le site. L'hygiène, l'une des tâches communes aux structures se réalise ainsi grâce à une articulation avec les acteurs du territoire.

2.2.1. Les tâches communes aux CAARUDs

Dans le cadre du processus constant de la concertation, les structures de la RDR harmonisent systématiquement la répartition de leurs apports en construisant des plannings d'intervention. Pour résumer ces apports, le tableau ci-dessous en présente les traits essentiels. Ces apports sont autant de tâches de travail qui toutefois, ne sont pas réalisées de la même façon. Les structures peuvent y être plus ou moins compétentes du fait de leurs spécificités (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site) ou de leurs savoir-faire techniques (cf. 2.4 Les outils utilisés par les CAARUDs). Elles font aussi des choix dans la manière et le type de biens distribués. Ces différences sont notables pour les tâches de l'hygiène, l'alimentation, le vestiaire, le matériel de prévention. **Le tableau ci-dessous n'a pas été systématiquement validé par toutes les structures. Son renseignement au-delà de la mission demandée peut représenter les bases d'un partenariat formalisé ou d'une amélioration du travail collectif** (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels). A défaut d'être complet dans le détail, la présentation de chaque tâche de travail est développée à la suite du tableau.

	EGO-STEP	AIDES 93	Association CHARONNE	GAiA PARIS	La TERRASSE IPSSUD-ELP	SOS-DI Sleep-In/ Kaléidoscope	Coordination Toxicomanies
Observer/ évaluer	★	★	★	★	★	★	★
Orientation	★	★	★	★	★	★	★
Information	★	★	★	★	★	★	★
Hygiène	★	NR	NR	★ Kit de toilette	NR	NR	Sacs poubelles, pastilles de javel.
Alimentaire	★ Aliment sucré, salé, et eau	NR	★ eau	★ Café, thé	NR	NR	★
Vestiaire	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
Délivrance de matériel	★ Sur site	★ Autour du site	★ Autour du site	★ Autour du site	★ Sur site	NR	

Légende :

NR Non Renseigné

★ Effective

Par rapport à ce tableau, 2 autres tâches sont à ajouter : la gestion des tensions et l'accompagnement collectif du groupe en vue de l'évacuation. Ces tâches sont développées ci-dessous. Elles n'apparaissent pas dans le tableau, car elles sont moins repérées dans les écrits et les propos comme des tâches factuelles et évaluables quantitativement. Ce qui interroge bien sûr

Observer et évaluer le site

Les tâches communes à toutes les structures sont celles de l'observation/évaluation, orientation et information. L'observation/évaluation est importante en tout début d'intervention sur site car elle permet de repérer la hiérarchie du collectif. Cette phase est une « mesure étalon » pour l'évolution du lieu. **Ces tâches forment donc le cœur de métier des structures. Elles relèvent du travail de proximité.** La seule grande distinction entre la manière dont les structures réalisent ces tâches est leur formalisation. **Les outils que les structures utilisent pour rendre visibles ces tâches à un regard extérieur au secteur, marquent leurs différences** (cf. 2.4 Les outils utilisés par les CAARUDs). **Il est à préciser que cette différence est illustrative des spécificités entre structures** (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Pour la réactivité de la mise en place du dispositif collectif d'action, il faudrait que les tâches d'observer, évaluer et renseigner les outils soient formalisées entre les CAARUDs, ce qui n'est pas le cas. Une mutualisation existe, mais elle n'est pas systématique. Pour l'heure, selon les grandes lignes directrices qui découlent de la concertation entre les structures, certaines sont plus à même que d'autres de centraliser l'information (cf. 3.3.1. L'animation de la coordination interprofessionnelle et institutionnelle par une structure de terrain). L'amélioration de l'observation et de l'évaluation par les structures est importante. Elle représente un enjeu dans le diagnostic des besoins, notamment de l'hébergement, parce qu'elles concernent des publics difficilement mis en lumière par (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils.)

Par delà l'organisation pratique du renseignement des outils d'évaluation et de coordination, la tâche représente un socle commun de savoir-faire propre aux intervenants (cf. 3.2. L'élaboration d'un savoir faire et savoir-être dans l'intervention sur site). Il est proche d'une capacité à décrypter ethnographiquement l'organisation formelle (délimitation de zones ayant des fonctions spécifiques) et informelle du lieu (hiérarchie entre les occupants).

Suite à ces trois tâches (observation/évaluation, orientation et information), il y a l'aide à l'alimentaire, l'hygiène. Elles relèvent aussi du travail de proximité mais ont une connotation qui les assimile davantage au registre de l'aide à la survie, de l'urgence sociale, ou de la veille sanitaire. Cette distinction de registre a son importance parce qu'elle contribue à ce que les intervenants s'interrogent sur la finalité et le sens de leurs actions (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective).

L'accompagnement collectif du groupe en vue de l'évacuation

Cette tâche est palpable à travers l'affichage de renseignements pratiques sur l'organisation de l'intervention médico-sociale (horaires de passages des structures). Cette matérialisation donne à l'intervention un caractère d'officialisation. Souvent, elle se poursuit avec des informations concernant l'état de l'avancé de la procédure juridique d'évacuation. Ses modalités pratiques pour le jour fixé sont diffusées auprès des usagers de drogues plusieurs

jours en avance. La production des affiches sur les cinq ans est essentiellement à l'initiative de Coordination Toxicomanies. Le dernier site, La Briche (2008) a vu une mutualisation des moyens s'opérer sur cette tâche. Par exemple, les affiches sont réalisées en concertation avec toutes les structures et avec l'apport techniques de l'association Ego¹⁵.

Une information collective par voie d'affichage comporte une forme d'anonymat dans la prise de renseignement qui peut convenir aux consommateurs. Elle permet aussi de toucher des consommateurs qui ne seraient pas vus de manière régulière (cf. 4.3.1. Des créneaux horaires non couverts). L'accompagnement du groupe à l'évacuation ne se résume pas aux affiches, toutes les autres tâches y concourent. Cette tâche est notamment étayée par l'approche individuelle des structures vis-à-vis des consommateurs.

La veille sanitaire et l'articulation avec l'apport de professionnels du champ social

L'accompagnement du collectif à l'évacuation ne pourrait se faire sans une veille sanitaire. Le suivi de l'évolution du site par les intervenants de la RDR permet de maintenir des conditions de vie viables. La viabilité renvoie d'une part au registre du Droit (cf. 1.1.1. Des lieux en tension avec le droit) et d'autre part à la création de conditions matérielles où les personnes sont physiquement et cognitivement plus à même de se mobiliser, vis-à-vis de leur propre santé, vis-à-vis de l'existence temporaire du site, vis-à-vis d'un parcours socio-sanitaire.

Les intervenants de la RDR travaillent sur l'hygiène tant par rapport au groupe d'usagers, via l'entretien du site, que par rapport à l'individu. Pour l'hygiène individuelle, chaque structure a un positionnement particulier quant aux biens qui sont à distribuer. Sans qu'il soit possible de les référencer en fonction de chacune, il est possible de les énumérer : Serviettes hygiéniques, tampons, gobelets, gel douche, mousse à raser, dentifrice, brosses à dent. Par rapport à l'hygiène du collectif, du site, certaines structures (Coordination Toxicomanies, Ego) amènent des moyens comme des sacs-poubelles, des pastilles de javel, des balais... **Mais, l'apport des structures de la RDR est limité quant à la prise en charge du groupe sur la dimension de l'hygiène. Elle nécessite des moyens conséquents, qui sont du ressort des services généraux.** La fréquentation excessive du lieu induit un état d'insalubrité très lourd. Il est parfois nécessaire de faire venir des véhicules de chantiers pour déblayer les lieux. Les services généraux et les services de la Mairie (DPP-ASA) apportent des soutiens complémentaires sur la présence professionnelle de proximité, et des apports matériels essentiels comme l'installation et le renouvellement de bennes à ordures, la dératisation (SMASH), le raccordement à l'eau potable. Le lien entre intervenants de la RDR et les acteurs du territoire est tout aussi important pour prévenir de situations d'urgences collectives (cf. 2.5. Les interventions sur des situations d'urgence).

D'une manière globale, le suivi que les intervenants réalisent vis-à-vis de l'évolution de la situation du site permet de prévenir l'instauration d'une urgence sanitaire. En effet, la temporalité du site selon la dynamique du produit conduit à ce que des personnes perdent toute notion de temps. Elles peuvent être épuisées au point que le traitement de pathologies n'est pas proposable, même si la personne en manifeste la demande.

La manière d'aborder l'hygiène avec les consommateurs occupants le site est pour les intervenants autant un registre sur lequel ils repèrent des façons concrètes de mener leur travail socio-éducatif (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site), autant qu'une thématique sur laquelle ils n'ont pas le même point de vue. Ces différences ne représentent pas en elles-mêmes un obstacle pour la cohésion des actions. Car le travail sur l'hygiène est un prétexte à mener l'une des missions fondamentales des CAARUDs. Le maintien du lien

¹⁵ Voir Annexe, chronologie récapitulative.

avec les consommateurs est un creuset commun où les structures trouvent à s'allier (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues).

L'aide alimentaire

L'apport précis et spécifique de chaque structure sur la thématique de l'aide alimentaire a pu être encore moins bien renseigné que celui de l'hygiène. Ce qui est distribué relève autant d'une aide à la survie que de médiums destinés à entretenir une convivialité et un partage du lien entre intervenants et consommateurs. L'énumération possible des biens distribués est la suivante : biscuits sucrés, salés, eau potable, café, thé, jus.

Quantitativement sur les cinq ans, seule l'évacuation de Wilson a donné lieu à une évaluation. Sur un site, la dégradation physique des personnes était telle que l'apport de compléments alimentaires fut discuté. Peut-être encore plus que sur l'hygiène, les différences de cultures associatives et de postures professionnelles s'expriment.

La gestion des tensions

Pour tous les sites recensés sur les cinq ans, il est fait état de la régulation que permettent les passages réguliers de professionnels par rapport aux tensions. Cette régulation s'opère tant par les intervenants de la RDR que ceux de la Sécurité Publique (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels). Parmi ceux-ci des actes isolés d'un usage excessif de la force surviennent. Ils représentent un frein pour la cohésion de l'action collective (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

Les intervenants de la RDR rapportent les propos des consommateurs de drogues, comme quoi, l'émergence des tensions semble provenir pour une grande part de frictions avec des consommateurs périphériques, plutôt que entre des consommateurs du noyau dur. Aussi, les tensions surviennent entre :

- des personnes consommateurs-vendeurs, pour des problèmes de territoire et de marché
- vis-à-vis des femmes, en raison des gains engendrés par la prostitution ou de sévices sexuels.

La démarche de Réduction des Risques (RDR)

La délivrance de matériel est la tâche la plus symbolique de la RDR. Coordination Toxicomanies est la seule structure qui ne la réalise pas, du fait des caractéristiques de son projet associatif (cf. 2.2.3. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Comme pour l'aide alimentaire et l'hygiène, il existe des différences subtiles entre les postures professionnelles et les cultures associatives qui n'ont pu être clairement validées lors des groupes de réflexion. De la même façon, il a été impossible de renseigner sur les cinq ans l'ensemble des types de matériels distribués par site. L'évacuation de Wilson est la seule à être renseignée sur ce point. Gaïa Paris est une autre association qui, sur La Villette et La Briche, a le plus distingué le flux quantitatif de cette tâche par rapport à son travail quotidien. Le matériel distribué est classiquement quasi le même pour toutes les structures : doseurs, embouts, seringues, containers, pompes, aiguilles, stéribox, « roule ta paille », préservatifs masculin, féminin, crèmes cicatrisantes, gels.

Une nette distinction s'opère sur les sites entre consommateurs qui pratiquent l'injection par intraveineuse et ceux qui consomment par inhalation. Ce dernier mode de consommation est prédominant et ses pratiquants stigmatisent les injecteurs. C'est entre autres choses pourquoi la distribution du matériel se fait selon des modalités différentes pour chaque structure. Elle peut se faire dans le site ou aux alentours. Les intervenants l'adaptent aussi en fonction de la

proximité temporelle de leurs passages (cf. 3.2. L'élaboration d'un savoir faire et savoir-être dans l'intervention sur site). Il est par ailleurs à remarquer, qu'il ne s'agit pas seulement de la distribution du matériel, mais aussi de sa récupération. Comme pour l'hygiène, c'est une thématique sur laquelle les usagers sont mobilisables. Là aussi, chaque structure adapte sa stratégie : certaines délivrent des containers, d'autres pas. Les services généraux (SMASH) sont encore une fois un allié essentiel dans cette démarche. Concernant les automates, leur activité ne croît pas avec la constitution d'un site à proximité. Elle semble même décroître, mais ce point reste à confirmer par SMASH.

Dans la perspective de renforcer la cohésion qui existe entre les différentes manières de faire, il serait intéressant que les intervenants puissent, par des mises en situation, partager leurs façons de présenter et distribuer le matériel en fonction des consommateurs (cf. 5.2.1. Se donner les moyens d'une RDR efficiente par des actions connexes).

2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site

L'intervention médico-sociale sur site peut être résumée par un schéma d'action où la collaboration entre les structures se crée par un agencement de compétences. Au-delà de leurs singularités, elles ont le champ commun de la RDR qui leur permet de vivre ses différences dans une cohésion et non en oppositions irréductibles (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues). Leurs tâches spécifiques sont ce qui les distingue les unes des autres, ainsi que leurs capacités à rendre visible leur activité par le biais des outils (cf. 2.4. Les outils utilisés par les CAARUDs). Comme pour les tâches communes, il est proposé de repérer les spécificités de chacune via le tableau récapitulatif ci-dessous. Dans le cas où il serait souhaité d'aller plus loin dans la formalisation d'un partenariat entre structures à propos de l'intervention en site, affiner ce tableau est comme pour le précédent un préalable (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels). Il permettrait de discerner l'apport précis de chacune dans un temps et lieu donné.

EGO-STEP	AIDES 93	Association CHARONNE	GAÏA PARIS	La TERRASSE IPSUD-ELP	SOS DI	Coordination Toxicomanies
•Atelier soins de pied		•Approche envers les femmes	•Apport d'un soin sanitaire •Apport d'un assistant social	•Approche psychiatrique		• La médiation territoriale
Dimension communautaire	Dimension communautaire					

La complémentarité entre les structures de la RDR est une richesse qui s'exprime si les spécificités s'articulent. Il est essentiel de les préciser afin que la formulation d'une tactique ou stratégie d'intervention soit posée. Pour ceci, le processus de concertation, via la formalisation de réunions, pose une unité de temps et de lieux qui permet l'élaboration d'une action cohérente en fonction de chaque site (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise

en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle). Même si les structures associatives sont en capacité de s'auto-organiser du fait de l'affiliation commune à la RDR, l'appui des institutions politico-administratives est important pour poser ces temps de concertation et favoriser l'engagement de chacune et permettre une intervention médico-sociale constructive par delà la durée de vie du site (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives).

Le développement de la présentation des spécificités de chacune permet de mieux cerner la cohésion d'action existante dans l'intervention médico-sociale sur site. Elles ont à la base de leur genèse un militantisme sur la réduction de l'exclusion dans la société :

Gaïa Paris : un apport sanitaire et social

Cette structure découle historiquement de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Médecins Du Monde (MDM). Ce détail souligne les compétences sanitaires de l'association. Elle apporte sur site une bobologie ainsi que la possibilité d'un pré-diagnostic pour inviter le consommateur à se rendre dans les lieux adéquats à des soins primaires ou à une consultation. A la différence d'Ego ou Aides 93, elle se base davantage sur la pratique d'entretiens individuels. C'est la seule association qui permet d'apporter un accès aux droits socio-sanitaires sur site (cf. 4.3. Les manques dans l'intervention collective médico-sociale). Son organigramme permet le glissement du poste d'assistant social entre le CSST et le CAARUD. Selon la chronologie établie, ce fut suite à Coordination Toxicomanies l'une des premières structures parisiennes à investir les sites (CFA1 2004).

Ego et Aides 93 : l'appui sur le communautaire

Ces deux structures n'ont pas la même épistémologie dans leur création. Néanmoins, elles ont de fortes similarités dans la mesure où elles s'appuient sur la reconnaissance des droits des personnes. Leurs discours valorisent la démocratie sanitaire, par la légitimité du consommateur à être acteur de l'élaboration de son parcours socio-sanitaire. Pour Aides cette reconnaissance concerne, en plus des consommateurs de drogues d'autres publics, en dédiant des services aux personnes homosexuelles, ou atteintes du VIH. Les deux structures s'appuient également sur la capacité des consommateurs à participer aux prises de décisions qui concernent l'organisation du dispositif médico-social. Par rapport aux différents sites répertoriés, cette disposition a une forte résonance avec les registres sur lesquels l'ensemble des intervenants de la RDR peuvent élaborer un travail socio-éducatif via l'intervention médico-sociale sur site (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). L'approche est davantage basée sur le groupe, le collectif, les pairs, pour toucher l'individu.

L'Association Charonne : un regard vers les femmes

Comme les précédentes structures, celle-ci est tournée sur la reconnaissance de la place du consommateur dans la société, en tant que citoyen. Elle se distingue en apportant notamment depuis plusieurs années un espace dédié aux femmes. Chronologiquement, l'Espace Femmes de la structure a investi tôt les sites, suite à Coordination Toxicomanies et Gaïa Paris (Le Nœud Routier 2006). Son apport est essentiel en ce qui concerne une sensibilisation des consommatrices à la gynécologie, à l'accompagnement à la grossesse. Les femmes consommatrices représentent un public essentiel dans la régulation du site, tant du point de vue des tensions que de l'hygiène (cf. 3.2.3.). Vis-à-vis d'elles, des approches spécifiques en termes de lieux d'accueil, de dialogues, sont et peuvent continuer à être pensés. Elles restent

un public pour qui l'intervention médico-sociale peut davantage être mobilisée (cf. 4.3. Les manques dans l'intervention collective médico-sociale).

La Terrasse - ELP : le lien avec le secteur psychiatrique

“La Terrasse” est un service intersectoriel d'accueil et de soins d'addictions et de psychiatrie (pour les sujets toxicomanes ou dans d'autres dépendances : alcool, médicaments, tabac...). *Intersectoriel* prend son sens ici par rapport à l'usage du terme secteur dans l'organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie. Par rapport aux autres structures, elle apporte la dimension de « la santé mentale ». Ce terme est utilisé à escient plutôt que le terme de psychiatrie. Il permet de désigner une pratique professionnelle moins marquée institutionnellement qu'une pratique en hôpital. Il permet aussi d'indiquer une prise en charge en plus de troubles avérés, d'un continuum d'états émotionnels plus ou moins marqué par des pôles positifs et négatifs¹⁶. Il anticipe aussi sur la présentation des tensions qui existent autour de la caractérisation du consommateur de drogue aux regards des politiques publiques (cf. 5.1.1. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles).

Comme les autres associations, elle se base sur la reconnaissance des droits des personnes en tant que citoyens. Elle dispose d'une équipe de rue, IPSSUD, d'un CAARUD, Boréal. En raison de son orientation, il semble intéressant de souligner plus spécifiquement l'apport que fournit le service Equipe de Liaison Psychiatrique (ELP) dans les différents sites. Initialement, il est destiné à appuyer les équipes des structures de la RDR dans l'accompagnement d'une personne ayant des troubles psychiatriques. Il s'est, peu à peu, davantage impliqué dans une pratique de terrain. Ainsi, les intervenants d'ELP se sont rendus sur le site de La Villette (2008). L'apport du service est essentiel pour l'articulation entre le secteur hospitalier et psychiatrique. Comme pour le public féminin, la spécificité de la structure permet aux intervenants de la RDR de souligner les manques d'une approche de santé mentale « hors-les-murs » (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels.).

Coordination Toxicomanies : La médiation avec le territoire

L'association naît à la fin des années 90 dans une période de fortes tensions entre les structures de la RDR, les consommateurs, les habitants et les élus. Son rôle est d'être à l'interface entre ces acteurs. Dans cette optique, elle est la seule structure de la RDR à ne pas distribuer du matériel de prévention. Cette spécificité lui permet de positionner dans sa logique de fonctionnement l'importance de son rôle de médiateur territorial avant celui d'établissement médico-social. Historiquement, c'est avec son rôle de veille sur le territoire que la structure a investi les sites. Puis, la localisation géographique des lieux et les besoins des consommateurs l'ont conduite à agir avec les autres structures de la RDR pour déterminer avec celles-ci les possibilités d'intervention sur site. En tant qu'établissement médico-social, l'apport de la structure se situe dans sa capacité à accompagner physiquement les consommateurs d'un lieu ressource à l'autre, que ce soit durant la vie d'un site ou en dehors de son existence. Aussi, la structure tient un rôle particulier dans l'organisation des spécificités de chaque structure pour une prise en charge individuelle (cf. 2.3.3 La centralité de l'accompagnement individuel).

Vis-à-vis du site et de la prise en charge du groupe, l'association apporte des spécificités quant à l'animation de la coordination entre les acteurs de l'action collective (cf. 3.3.1.

¹⁶ Lovell A., *Etude sur la surveillance dans le champ de la Santé Mentale*, INVS, octobre 2004, p.14.

L'animation de la coordination interprofessionnelle et institutionnelle par une structure de terrain). Cette animation a pour but de faciliter la concertation entre structures de la RDR et appuyer le dialogue entre celles-ci et les professionnels en dehors de ce secteur (Sécurité Publique, services généraux des villes, institutions politico-administratives). Pour ceci, l'association a développé un savoir-faire dans la formalisation de son activité d'observation et d'évaluation des phénomènes de toxicomanies sur le territoire. Par exemple, les outils utilisés actuellement pour les sites découlent de la conception d'outils préexistants à leurs constitutions (cf. 2.4.2. Les outils utilisés par Coordination Toxicomanies). Cette antériorité explique en partie que les structures se saisissent inégalement des outils (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils). Par ailleurs, au fur et à mesure de la répétition des sites ces outils ont évolué depuis leur fonction de veille territoriale vers une fonction qui peut appuyer la coordination des structures dans une prise en charge individuelle, par delà la durée de vie du site (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site).

La rétrospective des cinq ans montre que le rôle de l'association est à compter comme un point fort dans la mise en place d'une action collective (cf. 3.3. L'apprentissage d'une intervention coordonnée). Il se fait toutefois avec fragilité (cf. 4. Faiblesses repérables au cours des cinq ans d'expériences : des ressorts en quête de résilience).

En résumé, sur l'intervention médico-sociale en tant qu'approche du groupe de consommateurs sur le site, il est possible de voir comment le recensement des tâches communes et spécifiques aux structures anticipe les manques dans l'intervention médico-sociale. Ceux-ci sont nombreux et l'un d'eux est particulièrement ressorti des groupes de réflexion. C'est le cas de l'hébergement, car le secteur de la RDR n'exerce pas directement cette activité. Ce constat interpelle les intervenants (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation) et contribue à freiner l'engagement dans l'action (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective). Il invite les acteurs de la RDR comme les autres professionnels du territoire ainsi que les institutions, à élaborer des adaptations dans leurs pratiques (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie des consommateurs de drogues en errance urbaine).

2.3. *L'intervention médico-sociale, l'approche par la prise en charge globale de la personne en amont et en aval de l'évacuation*

Lors de l'entrée sur le site, puis pour chaque « *passage* » sur le lieu, les tâches d'observation et d'évaluation consistent notamment à établir le nombre de « *rencontres* » et avec quels consommateurs. L'intervention médico-sociale est formée par le continuum entre les venues des intervenants. C'est lors de leur passage qu'ils prennent acte de l'évolution du site, tant vis-à-vis du groupe que des individus. Rencontrer signifie qu'il y a eu un contact, un échange verbal. Etablir le nombre de rencontres par personnes et sorties renvoi à la thématique des outils et de leur renseignement. C'est ainsi qu'il est possible de détailler par site le nombre de personnes observées, et les nombres de rencontres effectuées¹⁷. Le nombre de personnes observées est systématiquement plus élevé que le nombre de rencontres. Celui-ci étant également systématiquement plus élevé que le nombre de personnes effectivement pris en

¹⁷ Voir en annexe, tableau chronologique récapitulatif.

charge post-évacuation. En moyenne, la proportion qui se dégage entre ces deux items est de l'ordre de 25%.

Concomitamment à un encadrement du site et de ses occupants, l'intervention médico-sociale a pour but de générer les conditions favorisant l'engagement du consommateur dans l'élaboration d'un parcours socio-sanitaire. L'horizon lointain de la RDR, ou de champs professionnels très proches comme l'urgence sociale, reste l'insertion socio-économique via la stabilité de l'hébergement, le soin et l'emploi. Cependant les situations individuelles des consommateurs, notamment pour ceux qui composent le noyau dur, sont très complexes. De fait, l'élaboration de l'intervention médico-sociale oscille entre la réponse à l'urgence vitale et la construction d'un investissement pérenne dans des démarches.

2.3.1. Caractériser le consommateur par les outils : Un processus de recueil des miettes de vie

Les tâches d'observation et d'évaluation servent à renseigner des outils qui donnent une vue globale du site. Lorsqu'aux regards de ces données un consensus se dégage pour encadrer collectivement ce site, alors l'intervention médico-sociale s'appuie sur ces mêmes outils pour élaborer les prises en charge individuelles. Ils présentent un certain nombre de données factuelles renseignant la situation de la personne (cf. 1.2.2. Les items classiques de caractérisation des publics). Les intervenants se basent sur ces outils pour être guidés, et guider le consommateur, dans l'élaboration d'un projet où il se reconnaît. En fonction, une hiérarchie des priorités s'instaure. Cette élaboration se fait également en fonction du lien entre les consommateurs et les structures. Les passifs, heureux ou malheureux, jouent dans la désignation des structures qui sont le plus à même de prendre en charge l'individu. Le choix des propositions à formuler auprès des consommateurs se base également sur une connaissance de l'histoire de la personne, qui n'apparaît pas dans les outils servant à caractériser les consommateurs et le site.

A côté du renseignement d'outils qui permettent de caractériser les sites, les intervenants de la RDR travaillent aussi avec les consommateurs qui les composent. Ils se connaissent depuis parfois de nombreuses années. C'est un savoir-faire central dans le travail médico-social en situation de proximité que de connaître de mémoire l'histoire individuelle des personnes (cf. 3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre ».)

Cette connaissance contribue tout autant que les outils formels à élaborer des propositions adéquates de prises en charge. Très souvent, elle se retrouve peu dans les outils (cf. 2.4. Les outils utilisés par les CAARUDs). Elle est notamment à distinguer du renseignement des outils utilisés pour mener l'intervention médico-sociale sur site, qui sont exhaustifs dans les détails factuels de la situation des consommateurs (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale). Elle aide notamment les intervenants à évaluer qualitativement les capacités du consommateur à adhérer aux propositions de suivis et démarches faites. L'expression employée dans le vocabulaire de la RDR serait la capacité de la personne « à tenir le cadre » qui est proposé. Le caractère empirique de ce savoir-faire et la prise en charge sur le long terme des consommateurs très chronicisés, peut être entretenu durant la carrière de l'intervenant par la formation (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels)

2.3.2. Le parcours coordonné d'une prise en charge individuelle

Un consommateur est considéré comme pris en charge à partir du moment où il entre dans la file active des structures. Il est reconnu comme tel s'il s'engage dans un suivi social ou sanitaire avec la structure. Avec le paragraphe sur les tâches spécifiques aux structures, il est percevable qu'aucune d'entre elles ne dispose de toutes les ressources nécessaires à une intervention médico-sociale pour un consommateur de drogue. Pour chaque site durant ces cinq ans, toutes les personnes prises en charge ont eu des suivis organisés entre plusieurs structures. Dès Wilson (2003), les comptes-rendus de réunion mentionnent le besoin des structures de s'informer des décisions de chacune dans une prise en charge commune. Ce besoin est repéré comme d'autant plus crucial lorsqu'un hébergement est mis en place. Le tableau récapitulatif en annexe retrace l'évocation de ces prises de position. Il retrace aussi comment l'évolution des outils initiés par Coordination Toxicomanies a facilité l'organisation de la prise en charge croisée dans la durée de vie et après évacuation (cf. 3. Forces élaborées au cours des cinq ans d'expériences : jalons à développer pour une intervention collective cohérente). Une incompréhension mutuelle sur les buts et l'usage de ces outils persiste cependant (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale).

En se basant sur ces outils, il est possible de distinguer les apports croisés des structures comme suit :

La structure référente du suivi social

Du fait de sa spécificité, l'association Gaïa Paris est souvent la référente du suivi social. Cette fonction peut toutefois être également tenue par l'Association Charonne. Le suivi social peut concerner l'ouverture, la ré-ouverture ou le maintien de droit sociaux-sanitaires (RSA, CMU...), la régularisation de la situation administrative, et la gestion de l'attribution d'un hébergement hôtelier exceptionnel. Il arrive souvent que cette fonction soit doublée par Coordination Toxicomanies qui réalise la tâche de l'accompagnement physique des consommateurs.

La structure en charge de l'hébergement

Le secteur de la RDR ne gère pas directement une offre d'hébergement. Parmi les structures, SOS-DI via le Sleep-in et l'association Charonne disposent de ressources. Celles-ci sont limitées et très saturées. C'est pourquoi, lorsqu'une intervention médico-sociale s'est implantée sur un site, l'évacuation est planifiée entre autres choses avec l'anticipation du volume d'hébergements nécessaires. Sur les cinq ans, il s'agit essentiellement d'hébergements hôteliers dont la gestion est répartie pour une durée limitée entre les structures. Il est également à noter des passations réussies de prises en charge entre l'hébergement de droit commun et le secteur de la RDR (Cité Jacquomet du Secours Catholique). Très récemment, il est aussi possible d'observer une articulation des ressources entre le secteur de la RDR et de l'hébergement d'urgence. Ces possibilités, tant les offres hôtelières que de l'urgence sociale, répondent aux besoins des structures à plus d'un titre, sans pour autant pouvoir satisfaire aux situations les plus problématiques (cf. 4.4. Des attentes dans les perspectives d'hébergements de la post-évacuation.).

La ou les structures en charge d'un suivi sanitaire, spécialisé ou de psychiatrie

La prise en charge sur le volet sanitaire est très diversifiée, autant que l'est celle de l'hébergement. Sont notamment repérées des prises en charge pour assurer un accompagnement à la grossesse, la mise en place d'un traitement de substitution, ou le dépistage et traitement de pathologies infectieuses. Sur le registre sanitaire, les structures les plus citées sont Ego et Gaïa Paris. Les autres le sont également, mais dans une moindre mesure. Il est étonnant de remarquer que La Terrasse pourtant très proche du secteur psychiatrique apparaît peu. Cette facette de la prise en charge sanitaire est très peu citée, malgré le rôle d'ELP et les besoins ressentis par les intervenants de terrain (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

2.3.3. La centralité de l'accompagnement individuel

Le constat d'une double référence souvent citée pour la prise en charge sociale est illustrative des spécificités de Coordination Toxicomanies. Qu'elle soit à l'origine des tableaux et qu'elle dispose d'une équipe très mobile, la conduisent à s'impliquer indirectement dans les prises en charge des consommateurs. Comme pour le lancement du processus de concertation afin de dégager un consensus sur l'action collective, puis sur l'implantation de l'intervention médico-sociale, elle joue, dans la prise en charge individuelle des personnes, un rôle de soutien à la coordination entre structures de la RDR.

Sa spécificité est de disposer des moyens pour réaliser un accompagnement physique, à la réalisation des démarches entre les lieux ressources. Par exemple, elle fait le lien entre la structure référente pour l'hébergement et lieux où s'effectuent les démarches administratives telles que les associations domiciliaires, les antennes de la Préfecture de Police, les Permanences Sociales d'Accueil (PSA)... Toutes les structures réalisent également les accompagnements physiques. Mais, elle absorbe un volume de temps important en termes de ressources humaines. Aussi, elle est réalisée en fonction du volume de l'activité quotidienne et de sa nécessité par rapport au consommateur, malgré qu'elle soit centrale dans les prises en charge individuelles. Coordination Toxicomanies joue donc parfois ce rôle de soutien auprès des structures référentes dans un suivi.

2.4. Les outils utilisés par les CAARUDs

La distinction centrale sur les différents types d'outils porte sur la distinction entre ceux utilisés par Coordination Toxicomanies et les autres CAARUDs. Les premiers ont évolué très rapidement sur la période des cinq ans et les seconds très peu (cf. 3.3.2. Une amélioration technique des outils d'évaluation et de coordination). Les outils de Coordination Toxicomanies sont distingués des autres outils, dans la mesure où elle en est l'initiatrice et les a fait évoluer en fonction des remarques des autres structures. Ils servent à toutes les structures dans la mesure où, d'une part elles participent à leurs renseignements et d'autre part dans le cadre du processus de concertation, ils sont portés par toutes les associations devant les institutions politico-administratives.

Globalement, les outils utilisés permettent peu de traiter séparément l'activité réalisée sur site par rapport à l'activité quotidienne des structures. Sur les derniers sites (La Villette et La Briche), une mutualisation des outils est davantage repérable. Plusieurs structures transfèrent leurs feuilles de route à Coordination Toxicomanies. Une seule d'entre elles, Gaïa Paris a isolé le volume du matériel de prévention distribué de celui de son activité habituelle. La

question des outils peut être davantage traitée par les professionnels dans le cadre de la formalisation de partenariat (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

2.4.1. Les outils majoritairement communs aux CAARUDs

Les outils évoqués dans ce paragraphe sont également utilisés par Coordination Toxicomanies. A l'exception de celle-ci et des éléments communiqués par Gaïa Paris sur le site de La Villette, leurs données ne sont pas ré-exploitées de façon synthétique et globale par les structures. Les données recueillies dans le cadre d'une intervention médico-sociale sur site se fondent dans les données globales d'une année. Il en va de même pour les outils qui permettent de gérer les quantités de matériel de prévention distribué.

La feuille de route ou le compte-rendu des passages

Ces outils sont constamment utilisés par les structures dont l'intervention est inscrite dans la mobilité. Une forte préférence est donnée à la transcription littéraire. Cette prévalence existe dans tout le secteur social. Son point fort est qu'elle permet de donner une mesure qualitative de l'ambiance des lieux et des passages via la description faite par les intervenants. Les consommateurs y sont recensés, soit par observation selon le critère du genre, soit nominativement cités lorsqu'il y a une rencontre effective et un échange verbal avec les intervenants.

Le DIPEC

La législation fait de cet outil une obligation commune à toutes les structures. Il n'a pas la même forme en fonction de chacune. Son renseignement se fait au fur et à mesure de l'interconnaissance entre intervenant et consommateur et des démarches engagées. C'est du fait de cet établissement progressif que la caractérisation du consommateur dans une prise en charge abordée strictement par une seule structure ressemble à un processus de recueil de miettes de vie (cf. 2.3.1. Caractériser le consommateur par les outils : Un processus de recueil des miettes de vie).

2.4.2. Les outils utilisés par Coordination Toxicomanies

Ils reposent pour une grande part sur l'évolution d'outils initialement construit dans une optique de médiation territoriale (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Ces outils initiaux sont encore utilisés dans l'activité quotidienne de l'association. Leurs données sont ré-exploitées en fonction d'unités de lieux et de temps. Pour les outils qui se sont progressivement mis en place par rapport à l'intervention médico-sociale sur site, leur but premier est de forger une image globale de l'évolution du lieu et des consommateurs qui y résident ou l'occupent. Mais, leur usage joue également un rôle dans la visibilité de la complémentarité des apports de chaque structure dans un suivi commun (cf. 3.3.3. Une évolution dans la définition des buts des outils), ainsi que des possibilités quant à l'articulation entre le secteur de la RDR et le droit commun (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site).

Les tableaux sur Excel

Ils regroupent l'ensemble des critères énoncés plus haut pour caractériser les consommateurs des sites et selon les items, d'une façon plus fine que la présentation qui en est faite. Ils

systematisent les renseignements fournis par l'observation des lieux et la connaissance de la situation du consommateur lors du site. Leur actualisation repose en premier lieu sur l'équipe de l'association et aussi sur la coopération avec les autres structures. Cette mutualisation semble inexistante dans les années 2003-2006, du moins du point de vue de sa formalisation. Sur les deux derniers sites en 2008, elle est par contre repérable via l'envoi des comptes-rendus littéraires des structures à Coordination Toxicomanies. Cette coopération permet à l'intervention collective d'être présentée dans sa globalité aux autres acteurs de la RDR. De plus, son actualisation devient ainsi plus rapide, plus souple. Les structures s'en saisissent actuellement de façon inégale, aussi la mutualisation des moyens d'observation et de coordination reste fragile.

Les vignettes cliniques

Elles servent à faire l'articulation entre les professionnels de l'hébergement d'urgence, du droit commun ou le financeur de l'hébergement hôtelier. Elles formalisent et synthétisent des situations individuelles afin d'exposer la légitimité des requêtes formulées. (A compléter)

La plus-value technique qu'apporte Coordination Toxicomanies prévaut en tant que méthodologie de découverte d'un territoire. Cette fonction et l'appui qu'elle apporte dans la coordination de prises en charges communes durant et après le déploiement de l'intervention médico-sociale sur site sont à débattre. Le débat concerne tant les intervenants de terrain (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale), que les cadres intermédiaires et directions des structures de la RDR. (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils). Ce débat peut renforcer l'adhésion à la mutualisation ponctuelle des tâches d'évaluation et d'observation, au besoin en faisant à nouveau évoluer la formalisation des outils

Dans la continuité de son rôle d'interface avec des professionnels en dehors du champ de la RDR, Coordination Toxicomanies a développé d'autres outils. Par exemple, des tableaux de décisions pour synthétiser un plan de travail suite aux réunions tenues par rapport à l'évolution d'un site, ou bien des fiches de signalement en direction de la Sécurité Publique. Ceux-ci font encore moins l'objet d'un consensus de la part des structures (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

2.5. Les interventions sur des situations d'urgence

Globalement que ce soit dans les écrits compilés ou dans les groupes de réflexion, très peu de références ont été faites quant aux situations d'urgence. Elles semblent faire l'objet d'une bonne coopération entre tous les professionnels, dans et hors secteur de la RDR. Les pompiers ne sont pas intégrés dans les réunions interprofessionnelles et institutionnelles et pourtant leurs interventions sont constamment décrites par les intervenants de terrain et les cadres intermédiaires comme étant positives.

Situations d'urgence collective

Ce type de situation requiert la mobilisation des services généraux et parfois du propriétaire afin de prendre les dispositions nécessaires. Il était attendu que la prospection des situations d'urgence collective fasse apparaître comme telle, les épidémies de poux de corps ou de gale. En termes de Santé Publique leur résorption nécessite la mobilisation simultanée

d'intervenants de proximité et de moyens spécifiques (traitements, machines...). Elles ne sont pour autant pas signalées comme tel.

Parmi ce type de situation, il est notamment à repérer les risques d'incendies, d'électrocutions, d'intoxications au monoxyde de carbone... Parfois aucun aménagement ne peut être fait, mais un risque est avéré. Ce peut être parce que les compétences des acteurs sont difficiles à répartir (assainissement des berges de La Briche) ou d'une impossibilité matérielle (déplacement d'un pylône, d'une cabane, d'une voie ferrée...). Dans ce cas, le signalement de la situation au poste de centralisation des appels de secours ou aux interlocuteurs responsables de ce secteur peut être considéré comme un élément favorisant au besoin l'enclenchement de l'action.

Situations d'urgence individuelle

Cette catégorie a davantage été illustrée par des exemples précis. L'un des plus cités est la décompensation psychiatrique d'un consommateur avec un risque de passage à l'acte envers lui-même ou une personne tierce. L'accompagnement d'une femme enceinte et résidant en site semble aussi avoir suscité chez les consommateurs comme les intervenants des craintes. Sur les premières années, davantage de situations individuelles d'urgences sont signalées. Elles peuvent avoir lieu suite à des tensions entre consommateurs (incendie volontaire d'une tente, bagarre à l'arme blanche). Une évacuation non planifiée a également entraîné une situation de ce type, en déclenchant chez une usagère une crise d'épilepsie (Le Nœud Routier 2006).

2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire

Il est tentant de voir dans l'évacuation la fin de l'intervention médico-sociale. Elle s'achève effectivement pour ce qui est de son existence dans le site. Mais en ce qui concerne la prise en charge individuelle des consommateurs, elle perdure au-delà de ce terme. De plus, les jours qui suivent l'évacuation voient la nécessité de continuer la coordination entre tous les acteurs de l'action collective pour des tâches comme la vérification du non-réinvestissement des lieux par des consommateurs ou bien la garde des affaires personnelles de ces derniers. Surtout, la répétition de la constitution des sites avec la présence régulière du noyau dur, empêche de voir les interventions médico-sociales comme des événements autonomes. Le territoire visé par ce bilan est indéniablement marqué par la relation qu'il entretient avec un groupe de consommateurs. Le caractère spectaculaire des interventions sur site ne doit pas faire oublier que les structures de la RDR réalisent collectivement un travail au long cours dans les suivis individuels des consommateurs. L'intervention médico-sociale comporte en elle-même la période de la post-évacuation.

Les changements dans cette phase ont été au cours de ces années très remarquables. Des avancées, comme le maintien de la coordination dans un suivi commun où l'ouverture sur des possibilités d'hébergement ont été notables. Aussi, le point principal du bilan des cinq dernières années fait ressortir la prédominance de ce thème dans le secteur de la RDR et pour d'autres acteurs comme les élus ou des institutions politico-administratives. Le constat de la répétition de l'intervention médico-sociale laisse voir des manques et invite à penser d'autres formes possibles d'interventions non-limitées dans le temps. Dans cette perspective, le choix est d'aborder la période post-évacuation selon ses points forts et faiblesses et non dans la présentation du dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle avec les sites de

regroupement d'usagers de drogues. Ce qui retrace les contenus des groupes de réflexion, où les améliorations attendues portent essentiellement sur les perspectives pour stabiliser les consommateurs dans le temps et l'espace. Il ne s'agit pas là d'aller à l'encontre d'un référé, mais d'ouvrir d'autres modes de conceptualisation pour penser l'intervention médico-sociale en direction de consommateurs de drogues chronicisés dans l'errance urbaine.

2.6.1. La cristallisation du dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle autour de l'évacuation

La symbolique de cette nécessité est perceptible à travers la cristallisation du dispositif lors de l'évacuation. Selon le point de vue des intervenants de terrain de la RDR c'est le moment où les différentes logiques professionnelles sont le plus en tension (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale). La constitution des sites entraîne une plus grande invisibilité des consommateurs de drogues aux yeux des habitants, mais elle entraîne une plus forte visibilité pour les professionnels, de la RDR, de la Sécurité Publique, de l'aménagement du territoire, et pour les institutions politico-administratives (DASSs, Préfectures, collectivités territoriales). L'évacuation ne met pas simplement en jeu les complémentarités existantes entre la Sécurité Publique et la RDR. Elle enjoint aussi une mobilisation des ressources et des professionnels dans le droit commun. Par exemple, l'évacuation de Wilson en 2004 a donné lieu au signalement en amont de la date fixée pour l'événement aux structures sanitaires. Une anticipation des besoins était ainsi effective. Il n'a pas été possible d'établir le même constat sur les évacuations suivantes depuis les écrits compilés. La mobilisation concerne également les professionnels du Droit. La collaboration avec les huissiers est également un point fort de la planification de l'évacuation. Elle permet que les droits de chacun soient préservés, pour les propriétaires comme pour les consommateurs de drogues. Pour les consommateurs de drogue, cette disposition concerne notamment la garde des affaires personnelles.

L'évacuation de Wilson est emblématique du fait que le consensus sur un dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle s'est initialement basé sur le registre de l'urgence sociale. En effet, le descriptif des moyens mobilisés est tel qu'il assimile l'évacuation à « *un humanitaire de l'intérieur* »¹⁸. C'est ce même registre qui au début des années 80 est à la base de l'élaboration politique de la lutte contre l'exclusion. La répétition de l'intervention médico-sociale et son efficacité induit que le consensus sur la mise en place d'une action collective peut reposer sur d'autres termes.

2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives

Sur les cinq ans l'implantation de l'intervention médico-sociale amène à une régulation des moyens appropriés pour la planification de l'évacuation. Ainsi, pour celle du site Wilson, les professionnels mobilisés étaient pour la RDR au nombre de 23 et pour la Sécurité Publique au nombre d'une compagnie de CRS. Les évacuations suivantes avec en amont le déploiement d'une intervention médico-sociale ont vu les effectifs décroître au profit d'une

¹⁸ Damon J, « Les associations et le lobbying contre l'exclusion » *La question SDF, critique d'une action publique*, Paris, PUF, 2002. p. 103.

adaptation plus grande des moyens (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels).

Par ailleurs, le nombre de réunions dédiées, interprofessionnelles ou avec les institutions politico-administratives, fluctue suivant les sites. Plus les temps de rencontre sont nombreux et plus la cohésion de l'action collective durant et après l'évacuation est garantie. **L'instauration de réunions est un paramètre déterminant pour assurer la réactivité de la formation d'un consensus sur la mise en place d'un dispositif d'action collective.** Cet élément appelle à renforcer la concertation dans le réseau de la RDR (cf. 4.1.1. Une non systématisme du signalement du repérage du site et de la concertation inter-professionnelle et institutionnelle).

D'une manière générale, l'implantation d'une intervention médico-sociale est porteuse de l'aménagement d'un temps entre le rendu du référé et son exécution (CFA1, CFA2, La Villette). Les sites Wilson en 2004 et CFA2 en 2006 ont vu par ailleurs la mobilisation des propriétaires des lieux pour aménager les dispositions nécessaires sur la garde des affaires personnelles des consommateurs ainsi que sur la sécurisation du site après évacuation.

L'aménagement temporel entre référé et évacuation permet de préparer cette dernière dans le respect des droits de chacun. Pour la RDR et les institutions c'est un temps nécessaire pour affiner l'adéquation des offres d'hébergement en fonction de la caractérisation des consommateurs (cf. 3.3.2. Une amélioration technique des outils d'évaluation et de coordination). **L'existence d'un décalage temporel entre référé et son exécution montre que la mobilisation de tous dans l'action collective peut se faire, non pas au nom de l'urgence sanitaire mais pour des objectifs médico-sociaux à long terme (cf. 5.3.3 Ecouter le besoin d'habiter).** La non-préparation en amont d'une planification entre la logique d'une intervention médico-sociale sur site et la Sécurité Publique amène par ailleurs le constat de l'absence du respect concernant les affaires personnelles des occupants (CFA1 2004, La Déchetterie 2005, Le Nœud Routier 2005). **A propos du décalage entre la date de référé et la date effective d'évacuation, les professionnels précisent qu'il résulte d'une négociation avec le propriétaire, les autorités compétentes et une structure spécifique pour faire le lien entre droit commun et RDR.** Ils soulignent que sur les sites CFA 2 et la VILLETTE cette négociation était portée par la préfecture de Paris (au titre de son action comme coordinateur de l'action régionale de la MILTD) et l'association la Coordination Toxicomanies. Cette dernière joue son rôle d'interface entre les structures RDR auprès des habitants (en l'occurrence plus spécifiquement le propriétaire). Ce rôle s'exerce avec l'appui du préfet de Paris. Qui, de par sa fonction assure la mobilisation des services de l'Etat pour réaliser la déclinaison territoriale des politiques interministérielles.

La différence la plus marquante entre les sites, c'est l'existence ou non de la mise d'une intervention médico-sociale. 4 sites en ont bénéficiés et 3 ont été fermés sans préparation préalable de l'évacuation. Le constat renvoie directement au processus de concertation entre acteurs (cf. 2.1.2), à ses faiblesses (cf. 4.1.1. Une non systématisme du signalement du repérage du site et de la concertation interprofessionnelle et institutionnelle) et aux moyens de rendre perfectible la mise en place d'une intervention médico-sociale (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives). Sur ce dernier point, il est à prendre en considération, les coûts sociaux qu'induit son existence ou son absence.

Lors du groupe avec les acteurs de l'aménagement du territoire, une intervenante de terrain souligne un parallélisme possible avec le public « Rom ». Celui-ci s'inscrit comme les consommateurs de drogues dans un mode de vie qui ne correspond aux normes sociales usuelles. Elle constate que les évacuations à répétition et sans planification entraînent une fragilisation du public. Ses paroles ont un écho dans les groupes de réflexion de la RDR. Ils

soulignent que la prise de conscience de l'imminence de l'évacuation entraîne chez les consommateurs une démobilisation :

« Tu ne vas pas forcément prendre soin d'un lieu où tu n'es pas censé rester.

- C'est vrai qu'il y a une dégradation de certains sites à partir du moment où la rumeur grossie, la police est passée plusieurs fois en disant –de toutes façons dans un mois, vous êtes viré. Certains vont se laisser aller, d'autres ont leurs petites pièces et ils vont commencer à préparer leurs cartons et chercher un autre lieu. »

L'intervention sur site a pour conséquence de démontrer aux usagers qu'il leur est prêté attention et que ceci favorise l'enclenchement d'une dynamique de mobilisation (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Lorsqu'au contraire la perspective qui s'offre aux personnes est celle du non-pérenne, il est constaté une démobilisation et un désinvestissement dans l'élaboration du parcours de prise en charge. La perspective de maintenir les suivis par des offres d'hébergement post-évacuation joue un rôle de substitution au site. Certains consommateurs s'appuient sur le changement que représente l'évacuation pour rebondir, s'éloigner de leur environnement habituel et entamer ou persévérer dans leurs démarches d'insertion.

3. Forces élaborées au cours des cinq ans d'expériences : jalons à développer pour une intervention collective cohérente

Sur les cinq ans, il est possible de constater les avantages retirés des actions collectives sur sites. La récurrence a pour effet de souligner auprès des institutions politico-administratives que les phénomènes observés ces dernières années sont propres aux caractéristiques du territoire. Il y a donc un phénomène précis envers qui des solutions locales peuvent être formulées (cf. 3.1. La sensibilisation et l'implication des institutions politico-administratives.). Les positionnements des professionnels vis-à-vis des sites a évoluée (cf. 3.2. L'élaboration d'un savoir faire et savoir-être dans l'intervention sur site). Ils ont affinés leurs pratiques professionnelles. L'expérience leur a permis d'explorer des pistes pour développer l'intervention médico-sociale sur sites. La stabilisation des sites et la répétition de l'action a permis aux professionnels de la RDR de s'exercer à la mise en place d'une intervention commune. Ce qui s'en ressent en dehors du cadre d'intervention que représentent les sites (cf. 3.3. L'apprentissage d'une intervention coordonnée). Surtout, à court terme et dans le cadre de la durée de vie du site, l'implantation d'une intervention médico-sociale permet de prévenir, par la veille sanitaire, l'instauration d'un état d'urgence. Le grand risque des sites est que les consommateurs n'en sortent pas et s'amenuisent dans des conditions extrêmes d'insalubrité. A long terme, la réitération des interventions favorise le mûrissement et l'avancée des démarches socio-sanitaires des personnes (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site). Enfin, la répétition des actions collectives permet de multiplier les interactions entre des champs professionnels différents. Elles travaillent les articulations des logiques professionnelles (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels).

Le renforcement de la coopération entre structures de la RDR a pour effet de souligner les limites de ses ressources. Les besoins du public cible interroge les articulations entre le secteur de la RDR et l'accès aux ressources de droit commun. Les caractéristiques du public, consommateurs de drogues parfois très marginalisés, font qu'ils sont difficilement classables selon les typologies classiques des dispositifs de politiques publiques (personne SDF, sortants de prison, malade mental, femme isolée...). Le comportement d'errance urbaine rend difficile l'instauration d'un relai effectif du suivi des consommateurs vers des professionnels ne relevant pas de la RDR. Aussi, les jalons acquis au cours des cinq ans peuvent être des « prises » pour le développement d'une offre à mi-chemin entre les réponses classiques de stabilisation et la constitution répétée de sites.

3.1. La sensibilisation et l'implication des institutions politico-administratives

L'implication des institutions pour **calibrer les différentes logiques professionnelles est d'autant plus essentielle que les situations individuelles les plus complexes, enchâssent les compétences.** Les interventions médico-sociales recensées n'auraient pu exister sans l'appui des institutions politico-administratives, tant de la part de l'Etat que des collectivités. L'aménagement des politiques interministérielles se réalise par un dialogue continu entre les différents pôles. **L'impulsion que donnent ces acteurs à l'action collective, renforce l'engagement et la mobilisation des structures de terrain.** En effet, il est possible de

constater que **lorsque la répartition des compétences de chacun est clairement indiquée (La Briche 2008), alors les institutions jouent un rôle de levier pour augmenter l'efficacité de l'intervention médico-sociale** (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives). Sur les lieux qui ont connu la plus forte mobilisation collective, les institutions politico-administratives ont accompagné son essor.

Il est déjà cité, comment **l'initiative de l'instauration de réunions est un indicateur possible de la poursuite effective d'un processus de concertation, et concomitamment de la mise en place de l'intervention médico-sociale** (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle). Sur plusieurs sites, l'apport des institutions s'est illustré par les déplacements physiques de responsables sur les lieux (CFA1 2004, CFA2 2006). Pour reprendre une analyse souvent avancée dans l'analyse des politiques publiques, **la prise de décision est pour une part liée à l'interconnaissance des acteurs**. La venue physique sur un site permet aux professionnels, qui habituellement ne sont pas du terrain, de se construire une vision empirique d'un site et de ses occupants. Par extension, **l'interconnaissance entre les acteurs de l'action collective, tant verticalement que horizontalement, favorise la concertation**. Le sériage des informations pour décider ou non de la mise en place d'une action collective se fait sur l'ouverture de chacun à des logiques professionnelles différentes¹⁹.

Par ailleurs, entre les différents événements il y avait eu un renouvellement des personnes en postes. Il y a donc **comme pour les intervenants de terrain de la RDR, une forme d'apprentissage du côté du système politico-administratif local**, qui se transfère par delà l'individu. A ce propos, une direction de la RDR remarque que les élus de Seine Saint-Denis ont un vocable spécifique pour aborder les phénomènes de toxicomanies. Il y aurait du côté de ce département une capitalisation forte de savoirs et de dialogues (cf. 5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions).

3.2. L'élaboration d'un savoir-faire et savoir-être dans l'intervention sur site

Les intervenants de terrain ont mis en avant le fait que leurs positions respectives ont évolué. **Il y a un développement de la réflexion sur les façons de faire sur site, que ce soit au niveau de l'entrée** (cf. 3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre »), **de l'implantation de l'intervention médico-sociale sur site** (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues), **ou bien sur le ressenti d'une façon générale de la coopération inter-structures** (cf. 3.3. L'apprentissage d'une intervention coordonnée). Toutes les structures, voire tous les professionnels, ont en fonction de leurs formations initiales et de leurs parcours professionnels des approches différentes. Malgré tout, le corpus théorique autour de la RDR est le vernier de leur mobilisation collective. Car les expériences sur les cinq ans sont un réinvestissement créatif de la logique de l'aller-vers qui sous-tend la démarche de la RDR. Au vu des différences de contextes, entre les sites et les cadres institutionnels habituels (lieux fixes ou antenne mobile), **il s'agit d'un savoir-faire qui par ailleurs dépasse le social ou médico-social car il concerne tous les métiers exercés dans une situation de proximité avec la personne bénéficiaire** (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels).

¹⁹ SIMON M., COHEN- MULLER J., « Les politiques publiques », PUF, Paris, 2003.

3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre »

Ce titre est emprunté à un travail sur l'intervention professionnelle en direction de l'errance des jeunes²⁰. L'expression désigne le fait pour un professionnel de créer les conditions de la rencontre. « L'entrée » est illustrative du type de questions qui interrogent les postures professionnelles (cf. 2.1.1. L'entrée sur site). Alors que la nécessité d'entrer ou non peut sembler une fausse question, pour les professionnels de la RDR il n'y a pas une réponse univoque. Un intervenant pointe comme une spécificité du contexte de travail, le fait d'être confronté systématiquement à l'évaluation d'une situation constamment renouvelée. Le propre du travail de proximité est de remettre sans cesse son ouvrage sur le métier. Ce qui est mis en jeu n'est pas tant l'effectivité de l'entrée, mais comment on y entre. **Le débat autour de « l'entrée » montre que les métiers dans le secteur de l'addictologie évoluent constamment dans leurs représentations aux usagers et aux situations.**

Un professionnel témoigne dans ce sens par rapport à l'évolution de sa position dans le temps :

« Pendant des années je n'étais pas d'accord pour que l'on rentre (...). On se garant pas loin mais pas trop près non plus. Dès qu'on croisait un usager qui passait près de nous on lui demandait de prévenir les autres qu'on était là. Alors avec le temps j'ai ce point de vue qui a évolué. De part le fait que les autres structures faisaient différemment. Maintenant, je vais moi-même prévenir qu'on est là. ».

Les évolutions des pratiques professionnelles vis-à-vis des sites illustrent les interrogations qui traversent constamment le champ. Sur ce point, les intervenants de terrain ont surmonté les appréhensions initiales sur le bien-fondé de l'action (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale).

Lors du descriptif de la mise en place du dispositif d'action collective, il est précisé que des professionnels différents peuvent entrer sur le site, et que leurs logiques ne sont pas toutes renseignées ici. De la même façon qu'il est précisé que Coordination Toxicomanies du fait de ses missions de médiation sur le territoire vient sur les lieux avec une méthodologie de découverte du terrain. Par delà ces différences, **il reste que le point commun entre les professionnels est la situation de proximité. Aussi, les différences chronologiques d'entrée sur le site ne remettent pas fondamentalement en question la répartition des compétences entre les structures de la RDR.**

Tous les intervenants de la RDR ont mis en avant les notions de temps et de confiance pour expliciter la construction professionnelle de la rencontre et l'émergence de l'invitation à entrer. Ce savoir-faire se base sur une pratique constante de l'immanence, de l'adaptation à ce qui se présente. Il s'agit plus dès lors d'une forme de savoir-être que d'un savoir. L'interrogation qui revient fréquemment est le maintien de la « *juste distance* » dans une confiance qui ne s'assimile pas non plus à de la routine. Par exemple, les professionnels mettent en avant « *le feeling* » nécessaire pour ressentir et décoder les moments opportuns pour intervenir « *il y a des fois où on peut sentir que ce n'est pas le moment, où c'est bon de se retirer* ».

Ce savoir-être désigne la connaissance des codes et des rites propres au site et aux interactions entre les usagers. Elle désigne aussi la capacité d'évaluer les situations pour choisir quelles actions sont opportunes. Travailler dans la proximité revient à se poser souvent les mêmes questions sur chaque objet pour se demander qu'est ce qui est le plus juste dans la situation présente.

²⁰ AZÉMAR J., Jeunes en errance, professionnalité de la rencontre, ISCRA, Montpellier, 2000, p.87.

Parmi les compétences développées lors de l'intervention sur site, il y a **la capacité plus ou moins consciente de lire ethnographiquement un lieu**. C'est-à-dire l'observation du nombre d'entrées, l'aménagement intérieur qui construit spatialement la distinction entre des espaces communs et des chambres. Cette compétence permet aussi d'apprendre à caractériser les consommateurs en fonction de la hiérarchie informelle du groupe. Les précurseurs du site ou des consommateurs reconnus comme ayant une autorité sur l'organisation de la vie commune, adoptent des places qui sont « meilleures » par rapport aux derniers arrivants. Ce repérage est essentiel. Il permet d'appuyer l'intervention médico-sociale sur des consommateurs-relais (cf. 3.2.3. Les registres d'actions sur lesquels les intervenants bâtissent leur légitimité à intervenir). Le découpage ethnographique des zones d'habitations, de consommations, de revente et vie collective sont à décrypter afin d'anticiper l'organisation et les stratégies des interventions. Les lieux de consommation notamment ont des spécialisations. Il y a des zones réservées pour le crack fumé et d'autres pour l'injection. Les usagers marquent fortement cette distinction en arborant notamment un discours négatif sur les pratiques d'intraveineuse. Cet élément peut être intégré dans la stratégie de délivrance du matériel.

Cette compétence de décryptage est peu perceptible à travers les outils. L'analyse approfondie de l'action sur certains sites, comme le CFA2, a permis toutefois de valoriser ce savoir par la restitution faite par Coordination Toxicomanies sous forme de schémas hebdomadaires sur l'évolution du site.

Un intervenant souligne la nécessité, les premières entrées passées, que les professionnels qui interviennent sur place soient connus des usagers. Notamment lorsque l'intervention est inter-CAARUDs. Pour l'entrée proprement dite, les professionnels soulignent que sur le terrain il est bien que les structures mobilisées entrent peu à peu, en étant introduites par l'équipe précédente. Le récapitulatif chronologique des interventions en annexes traduit le même souci dans la logique d'action. Cette façon de procéder implique d'autant plus une concertation entre acteurs pour que la rédaction d'un cahier des charges retrace une mise en œuvre pratique (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives).

3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues

Si le savoir-faire autour de « l'entrée » est globalement partagé par tous, **il y a plus de nuances dans les approches du public**. Ces nuances sont plus une valorisation de la complémentarité de l'intervention médico-sociale sur site qu'un obstacle à sa réalisation. Toutefois, pour développer les registres sur lesquels les intervenants peuvent encadrer les consommateurs dans des habitats précaires, il faudrait qu'ils puissent aller plus loin dans l'échange de pratique.

Pour assurer une bonne complémentarité des pratiques, les professionnels ont souligné l'importance de **faire attention au surnombre des intervenants et à la coordination des actions**. Par exemple, de ne pas multiplier le nombre d'intervenants sur un temps restreint (un après-midi). **Egalement de veiller à ce que les services proposés soient différents lorsque plusieurs équipes interviennent simultanément dans ou autour du site**. Il vaut mieux répartir les actions sur des temps clés et habituellement peu couverts. Ainsi que de diversifier les approches et services. **D'où l'importance de travailler sur ce qui distingue les structures par rapport aux différents médiums (alimentation, matériel de prévention, hygiène, etc....)**. C'est en fonction de ces différences et aux possibilités en terme de ressources humaines que les plannings d'intervention sont pensés. Un autre exemple des

positions divergentes fut l'évocation des stagiaires. En effet ce ne sont pas des personnes connues, mais ils apportent aussi de la nouveauté et un renouveau dans le quotidien. Certains professionnels soulignent qu'ils peuvent avoir un effet stimulant, tandis que d'autres insistent sur l'importance d'un minimum de formation avant leur introduction en squat.

Dans la partie précédente il est vu comment les CAARUDs ont des tâches communes et des spécificités. Celles-ci relèvent les différentes sensibilités professionnelles des structures. Chaque professionnel voit sa perception de l'action et du consommateur de drogues, influencée par son appartenance à une équipe plutôt qu'une autre. Il est donné des exemples de nuances dans la conception de l'intervention médico-sociale ci-dessous. Toutefois, ces différences de représentations en interne de la RDR ne sont pas des obstacles à la cohésion de l'organisation de l'intervention médico-sociale. Elles peuvent davantage être un frein lorsque les finalités de l'action sont interrogées ou pour le processus de concertation autour de la mise en place de l'action collective (cf. 5.1.1. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles).

Exemples des différences de pratiques au quotidien

Lors d'un groupe de réflexion avec les intervenants de terrain, un débat s'est amorcé sur les manières d'intervenir sur un même site entre plusieurs CAARUDs. Bien que les structures aient des tâches communes, elles n'ont pas le même positionnement et ne les réalisent pas de la même façon en fonction de leurs conceptions respectives de l'action. Les tâches qui composent l'intervention médico-sociale ne sont pas de simples services à rendre. Elles intègrent la co-construction d'un projet socio-sanitaire avec l'usager, selon des stratégies à court et moyen terme. Le fait que les structures et les professionnels ont des visions différentes dans la façon d'atteindre ce but ne constitue pas une impossibilité de coopération. Au contraire, il souligne la diversité et la richesse du tissu associatif. La prise de recul sur les différences de pratiques et de compétence est une invitation à dépasser le cadre de l'intervention médico-sociale sur site pour travailler sur les échanges de pratiques.

Les questions sur la façon de délivrer le matériel de prévention, de ce qui est distribué, comment pour l'hygiène ou l'alimentaire, sont apparues comme secondaires pour quelques intervenants. Pour d'autres, elles font ressortir les différences de perceptions sur les positionnements professionnels : ceux qui sont dans un aller-vers communautaire et ceux qui sont davantage dans une posture d'urgence sanitaire. Le dépouillage des comptes-rendus des réunions interprofessionnelles vis-à-vis des sites confirme ce point en montrant que ce sont des questions récurrentes. Chaque objet, que ce soit du matériel ou de l'alimentaire, est un outil dans la relation à l'autre. Les interventions ne sont pas neutres. L'utilisation des services offerts (alimentation, hygiène...) dépend de l'orientation socio-éducative donnée à l'action. Avant que leur mise en œuvre soit actée, l'utilisation de chaque médium passe pour les équipes par une réflexion sur son sens et les stratégies qu'il sous tend :

« Quand je parle d'y aller avec des gants, des bottes et des balais, ça peut faire bondir certains. »

« On a tous un rapport différent à l'hygiène. Je suis d'accord avec toi pour dire que l'attitude – c'est chez eux, ça ne me concerne pas - n'est pas constructive. Mais après, comment agir ? »

Ces questions occupent fortement toutes réunions interprofessionnelles dédiées à la coordination de l'action. L'organisation des interventions sur site demande du temps et des discussions pour sa planification. **Par exemple l'articulation entre équipes qui délivrent du matériel (ou non) est un point important dans la planification, afin de ne pas saturer le**

site. Les interventions inter-CAARUDS ont permis de revenir sur des règles partagées à la délivrance du matériel, ainsi que d'aller plus loin dans les échanges de savoirs sur la manipulation des éléments (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site).

Autre exemple marquant dans la différence de répartition des compétences entre RDR et d'autres professions, c'est le choix de l'emplacement des ressources pour assurer l'hygiène du site. Sur ce point, les intervenants de la RDR ont les compétences pour lire les lieux et aborder le sujet avec les consommateurs. Ils contribuent à ce que la mise à disposition d'une benne à ordures soit investie par les consommateurs. L'implantation de la benne sans concertation entre les professionnels, sans une lecture préalable des trajectoires des déplacements, de la répartition des zones fonctionnelles, et sans une discussion avec les intéressés, peuvent conduire à ce que la benne soit inutilisée.

Un rassemblement autour d'une vision globale de la RDR

Le constat de différences de pratiques entre professionnels peut apparaître comme secondaire dans la mesure où sur le terrain, dans l'action, la collaboration s'établit. **Par ailleurs, il est normal que l'intervention à plusieurs partenaires soit la rencontre de postures et de conceptions différentes de l'action. L'axe autour duquel les différences entre les structures s'allient est le développement de l'autonomie de la personne.** Toutes les structures de terrain sur le territoire ont en commun un passé militant vis-à-vis de la démocratie sanitaire. Le creuset commun des structures est le référentiel de la RDR. Celui-ci est certes flou mais des écrits et des formations existent pour conforter la cohésion de l'action. **Il peut permettre notamment de trouver les pistes pour construire la déontologie de l'action.** Dans l'optique d'une amélioration de la capacité à travailler ensemble sur un même site, la préconisation est de continuer une réflexion commune aux structures sur leurs pratiques, en dehors des temps d'action que représente l'évacuation d'un site (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site

Avec la présentation du dispositif d'action collective, il est vu comment les tâches communes forment un socle commun d'action :

« Nos missions sur site avec la RDR, elles sont claires, c'est orienter, informer, faire en sorte qu'elles restent en lien avec les structures, qu'elles s'enkystent pas, une veille sanitaire en quelque sorte. »

La description faite ici illustre un cœur de métier, le travail en proximité qui se décline à travers les tâches : observer, évaluer, informer, orienter, accompagner. L'intervention ainsi définie semble aller relativement de soi. La dénomination de la veille sanitaire est par ailleurs corollaire de l'urgence sanitaire, sur laquelle l'action collective trouve le plus aisément consensus. La répétition des interventions sur site ont permis aux intervenants de la RDR d'explorer plus avant les registres sur lesquels ils sont en capacité d'action. Ces registres cités ci-dessous (RDR, Santé et mobilisation des usagers) contribuent à lever une part des questions posées par les intervenants sur le sens de leurs actions (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale). Ils contribuent aussi à lever une part des freins qui pèsent sur le ressenti par rapport à leurs compétences d'action. Par exemple, instiller la dynamique de mobilisation chez les consommateurs renvoie

les intervenants à la distinction entre les savoirs des consommateurs et leurs propres compétences (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

La délivrance du matériel de prévention

Pour un intervenant de terrain se reconnaître compétent à agir passe par la rencontre et le dialogue avec le consommateur. Chacun y apprend à reconnaître les savoirs de l'autre. **Par exemple, une évolution marquante dans les pratiques professionnelles est le savoir-faire sur la communication des risques lié à l'usage du doseur. Comme il est dit plus haut, la délivrance de matériel est une tâche commune à presque toutes les structures et emblématique de la RDR.** Intervenir dans les sites a conduit les intervenants à mieux observer les modes de consommation. Du fait de la relative invisibilité des pratiques de consommation dans l'espace public, c'est dans les sites que les professionnels ont amélioré leurs messages de prévention. Le doseur est le dernier outil majeur de la RDR, aussi la proximité avec la fabrication et la consommation à améliorer les connaissances des intervenants de terrain sur les risques liés à l'utilisation du matériel. Ils ont pris connaissance des rituels employés, des astuces utilisés pour préparer le matériel. La prévention dans les sites a permis aux professionnels d'expérimenter une approche plus réactive aux gestes à risques. Par rapport à la prévalence importante du VHC parmi le public, c'est un point au bénéfice de l'action collective :

« Quand on voit quelqu'un qui fume de visu et qui a les mains sales, c'est plus facile de lui en parler ».

C'est également plus simple de saisir l'occasion pour faire des démonstrations avec le matériel de prévention.

Se baser sur les conseils de Santé

L'axe le plus consensuel d'intervention sur site pour les intervenants est le sanitaire. Ce qui est tout à fait dans une filiation logique avec la démarche de RDR :

« On peut partir du problème de santé tout simplement. Si quelqu'un est malade, tu abordes le sujet, c'est vrai qu'il y a des courants d'air, là il y a des poubelles qui sont à proximité, si tu veux aller mieux, peut-être que ce serait bien de... mais ce sont que des conseils que l'on peut donner comme ça. »

Le propos reprend l'aspect d'une veille sanitaire. D'autres intervenants sont allés dans ce sens en insistant l'importance qu'a pour eux l'hygiène générale du lieu. Un intervenant rappelle que lors de La Villette (2007), ils avaient contribué avec les usagers à maintenir propre le lieu. Les demandes des usagers portent alors sur des pastilles d'eau de javel, balais, récupérateurs... Le même axe d'intervention a eu lieu sur la Briche (2008), le CFA 2 (2006) et Wilson (2004). A chaque fois, elle a pu notamment se faire parce que les services généraux de la Mairie de Paris se sont impliqués (installation et enlèvement de bennes à ordures, dératisation, eau...). En fin de conversation, un autre intervenant a également inclus dans la démarche de la RDR l'aspect de l'alimentation (risque de déshydratation et malnutrition).

Tout en laissant apercevoir qu'ils sont inégalement partagés, les axes du sanitaire et de l'hygiène, permettent aux intervenants de trouver une base commune. Ce sont des axes tangibles pour favoriser le développement d'interventions collectives sur site. Les propos cités

en tête montrent que le sanitaire est le tremplin pour développer d'autres axes d'interventions. En effet, à travers l'hygiène du lieu ou les conseils de santé individuelle, le professionnel touche discrètement à la gestion du lieu par la personne et à son intimité. Il interpelle indirectement la personne sur comment elle se positionne par rapport à son lieu de vie et à son propre corps. C'est une passerelle pour créer des conditions de mobilisation des personnes. Ces propos illustrent que l'intervenant dans son rôle socio-éducatif peut intervenir avec le consommateur sur la tenue du site.

Se baser sur la dynamique de mobilisation des occupants

Cette façon de faire évoque différentes approches du public. Soit parce que les intervenants n'ont pas la même posture professionnelle, soit parce qu'ils n'ont pas tous participé aux expérimentations qui ont eu lieu dans ce sens ces dernières années.

« Pourquoi ne pas le travailler avec eux surtout, si on part du principe que c'est un lieu de vie pour ces personnes là. C'est eux qui ont les billes pour savoir ce qu'il faut faire où ne pas faire déjà. Donc, travailler avec eux dans un grand squat, avec quand même des règles. Sur CFA 2, c'était comme ça, il y avait des règles. Il y avait une charte des usagers. Ecrite par eux. Avec tu ne dois pas faire ci, tu ne dois pas faire ça. C'était le début du commencement. »

Se baser sur la dynamique des personnes pour aller vers une prise en charge des problématiques rencontrées est une stratégie d'action riche. Du côté des professionnels, elle s'appuie sur les préceptes de la santé communautaire. Législativement, elle se réfère également à la Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers. Elle relève le savoir-faire des intervenants. Car, s'appuyer sur la dynamique de mobilisation des consommateurs implique de distinguer des consommateurs clés dans le fonctionnement du site et de coopérer avec eux. Comme pour la rencontre, l'entrée sur le site, les intervenants travaillent à mettre en place les conditions de cette mobilisation. **Les dispositions prises par rapport à l'hygiène, que ce soit du fait des structures de la RDR, ou avec l'apport des services généraux facilite la mobilisation du groupe de consommateurs.** Cette façon de procéder permet de reconnaître les compétences des personnes à réguler leur lieu de vie. Tous les comptes-rendus de passages suite à des dispositions précises concernant l'hygiène sur des sites indiquent que les consommateurs renforcent leurs prises d'initiatives dans la gestion du lieu.

D'autres moyens sont viables pour générer la mobilisation, comme la présentation « d'usagers représentants » au voisinage immédiat par la médiation territoriale. Ou bien, le déplacement des autorités administratives sur le site. Le constat de cette mobilisation est qu'elle aide le consommateur à **investir d'autres dynamiques dans sa vie que la quête du produit.** C'est une des conditions pour favoriser le maintien de l'adhésion du consommateur à l'élaboration d'un parcours socio-sanitaire sur le long terme. Sur le CFA2, la mobilisation des consommateurs s'est faite en s'appuyant sur l'identification des « leaders » dans le cadre de ce site pour organiser des forums hebdomadaires. Ces rencontres traduisent une forme de Conseil de Vie Sociale, démontrant la capacité des intervenants à accompagner la dynamique d'un lieu de vie, selon une dimension communautaire. L'une des conséquences observées de ce registre d'action pour le site du CFA2 est l'investissement des consommateurs-occupants dans la procédure juridique d'expulsion.

La notion de groupe est à prendre comme un levier pour atteindre l'individu, d'autant plus que le noyau dur des consommateurs se vit et se présente comme une communauté. En travaillant avec le groupe ou sur le site, l'intervention se fraye un chemin jusqu'à l'individu. Un individu engagé dans des démarches peut en entraîner d'autres par son exemple. Des actions en vue de renforcer la cohésion du groupe permet également de travailler sur la

gestion des tensions. L'approche des publics sur les notions de groupes/individus est une compétence qui est à développer (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels). Elle serait également pertinente pour des publics périphériques aux sites, comme les jeunes, en direction de qui il existe des manques dans l'intervention médico-sociale (cf. 4.3.3. Les publics des femmes et des jeunes).

3.3. L'apprentissage d'une intervention coordonnée

Il était mentionné lors de la première partie comment les professionnels utilisent le bouche-à-oreille de la Rue comme mode de fonctionnement et d'organisation. Il en va de même entre les intervenants de la RDR vis-à-vis d'un même consommateur. Lors d'une prise en charge, les équipes qui réalisent des accompagnements physiques jouent un rôle central (cf. 2.3.3 La centralité de l'accompagnement individuel). Elles renforcent la cohésion des démarches et actions engagées avec le consommateur. De la même façon, plus les équipes sont mobiles et plus elles sont en capacité de mettre en relation un intervenant d'un lieu fixe, ayant « *perdu de vue* » un consommateur. De nombreux exemples sont donnés par les écrits sur cette façon de faire.

Depuis que les équipes sont intervenues simultanément dans un temps et lieu donné, elles ont renforcé et amélioré ce mode de fonctionnement. Elles ont gagné en réflexes de concertation au sujet d'un même consommateur. Comme pour les institutions politico-administratives, la rencontre entre intervenants de différentes structures via des sorties communes impacte positivement les pratiques de coopération. C'est-à-dire que les interventions sur site ont permis de capitaliser une interconnaissance qui facilite la coordination entre structures, au-delà de la durée de vie du site :

« La coordination, ce peut être la coordination des professionnels, à quel moment on intervient, avec quels moyens, comment on intervient, quel est notre rôle à ce moment là... En tout cas au fur et à mesure des années on arrive davantage à mieux se coordonner et à travailler ensemble, ça n'a pas été simple, mais là ces derniers temps, c'est un travail qui est fait et qui est remarquable. »

« Pour le travail de rue en général, je pense que bon, il y a eu une nouvelle dynamique inter-associative qui s'est mise en place ».

Pour les intervenants de la RDR il y a le constat d'une amélioration globale de la coopération interne au champ. Un apprentissage se poursuit en dehors des sites. Il existe aujourd'hui une collaboration de fait entre les structures lorsque la nécessité d'une intervention collective sur site est décidée. Toutefois, elle est imprécise dans les modalités qui président à la prise de décision de sa mise en place. Par contre, la plus-value des interventions passées est de renforcer la coopération entre structures, dans leur travail quotidien ou dans des projets communs (Projet Dépistage au VHC par l'utilisation inter-associative d'un fibroscan entre Gaïa Paris, l'Association Charonne et Ego, Espoir Goutte d'Or).

Lors de l'encadrement des sites par une intervention médico-sociale, Coordination Toxicomanies joue le rôle de tiers pour animer cette coopération. Son apport technique permet notamment aux structures de la RDR de rendre visible le travail commun qu'elles effectuent sur site. La formalisation des outils a donné lieu à des débats entre les structures. De nombreux points ont été éclaircis bien que des questions restent en suspens. Par ailleurs, ils ont permis une visibilité des prises en charge qui mettent en lumière le besoin de passerelles entre les ressources de la RDR pour une intervention sur site et les ressources du droit commun.

3.3.1. L'animation de la coordination interprofessionnelle et institutionnelle par une structure de terrain

C'est un sujet récurrent dans tous les secteurs où interviennent les associations de comment construire des bases rationalisées d'un travail ensemble. En introduction, il est rappelé comment dans les années 90 des acteurs du territoire (les élus, les associations d'habitants) et les associations de RDR ont fait alliance en fondant une structure pour gérer une situation de crise. Elle s'est trouvée par la suite pérennisée sous le nom de Coordination Toxicomanies.

Le contexte de sa genèse et peut-être les risques de mécompréhension sur le terme « coordination », ont pu freiner l'adhésion de structures de la RDR aux conséquences de son rôle. Pourtant, la chronologie des événements montre que la structure n'a pas uniquement joué le rôle de précurseurs dans les sites. Sur tous les événements, ses compétences et savoir-faire l'ont placée comme un acteur clé de la bonne efficacité de l'action collective.

Il est par exemple mentionné plus haut les spécificités de Coordination Toxicomanies qui la posent dans le champ de la RDR avec une logique de fonctionnement davantage tournée sur la médiation territoriale que sur la prise en charge médico-sociale. C'est pourquoi, son apport est notamment perceptible dans des suivis communs par les accompagnements physiques. Ou bien, dans le rôle d'interlocuteur entre les préfetures, les services généraux et les structures de la RDR. En sens inverse, l'association est dépourvue des spécificités des autres structures de la RDR pour réaliser la prise en charge médico-sociale des consommateurs de drogues

Il a également été signalé comment les outils de Coordination Toxicomanies ont servi de bases à d'autres outils, aujourd'hui dédiés aux interventions collectives sur site. Ces deux dispositions préalablement citées, impliquent que la structure dispose d'une légitimité technique (les outils) et rationnelle (son projet associatif) pour être dans une unité de temps et d'espace définie le tiers animateur de la coopération entre les structures.

Les événements récents (La Villette et la Briche en 2008) montrent une adhésion plus importante à la centralisation du recueil de données par Coordination Toxicomanies (transfert de feuilles de route des structures de la RDR vers Coordination Toxicomanies). Ce fait et le récapitulatif chronologique en annexe, montrent d'une manière générale qu'il y a un dépassement de l'histoire locale. L'apport de Coordination Toxicomanies est également reconnu et verbalisé par des intervenants de terrain :

« C'est vrai que pour le coup, c'est à Coordination de coordonner... Sinon, il y a un problème d'évaluation sur les squats, qui intervient, pourquoi on intervient, comment on intervient »

Cette reconnaissance d'un acteur à égalité avec d'autres dans la réalisation d'une action collective est une avancée. Elle s'est faite notamment par une mise en débat des outils utilisés pour le recueil des données caractérisant les consommateurs. Il s'agit du point fort développé ci-dessous. Cette avancée est fragile parce que le rôle des outils, l'initiative de réunions destinées à la concertation sont encore l'objet d'interrogations. Mais pour autant, c'est un débat qui est sain car il demande aux institutions comme aux professionnels de la RDR de se positionner sur leurs attentes et sur ce qu'ils veulent et peuvent réaliser.

3.3.2. Une amélioration technique des outils d'évaluation et de coordination

Les outils cités en seconde partie comme la feuille de route et le DIPEC sont des outils dont toutes les structures se servent, y compris Coordination Toxicomanies. Toutefois, celle-ci pour les besoins de ses missions avait mis en place des outils mettant en lien le territoire et l'observation des consommateurs. Dès Wilson, lorsque la coopération s'est instaurée dans l'intervention sur site, ces outils ont servi de base pour évoluer vers d'autres formes. Le nombre conséquent des consommateurs a ainsi contraint à faire entrer l'analyse de ses observations dans des tableaux sur Excel.

En annexe, le tableau récapitulatif de la chronologie retrace cette évolution. Il existe une diversification des items de caractérisations, avec une occultation pour d'autres. Par exemple, la typologisation des offres d'hébergement s'est très affinée, tandis que la possibilité de comparer le nombre de consommateurs effectivement caractérisés ou non ne l'est plus. Un autre point illustratif de cette volonté d'adaptation est la recherche d'un identifiant permettant à la fois de préserver l'anonymat des consommateurs et de permettre aux structures d'identifier les suivis communs. Cet exercice délicat n'est pas pour l'instant satisfaisant. Des incompréhensions sont encore palpables sur les finalités et la manière de renseigner les outils (cf. 4. Faiblesses repérables au cours des cinq ans d'expériences : des ressorts en quête de résilience). Cette évolution sur le temps est importante. Elle illustre une adéquation progressive avec les besoins des professionnels et des institutions politico-administratives.

3.3.3. Une évolution dans la définition des buts des outils

Globalement, les outils existants retracent l'élaboration d'un amont et d'un aval dans la prise en charge d'un consommateur de drogues.

L'amont concerne l'initiation ou le renouvellement de contact entre un consommateur et les structures de la RDR. Il coïncide avec le moment de « l'entrée » sur site et avec l'implantation de l'intervention médico-sociale. Les tableaux caractérisent la situation des consommateurs de drogues et permettent de donner une image globale du site. Ils contribuent à la concertation du dispositif inter-professionnel et institutionnel pour décider de la mise en place d'une intervention médico-sociale.

C'est une première dimension qui s'est vite enrichie de la possibilité d'identifier les référents concernant les prises en charge des structures. Cette deuxième dimension est repérable dans les comptes-rendus de réunions en 2004 et 2005. Par exemple, des structures invitent à ce que celles engagées dans des mêmes suivis, signalent les démarches engagées ou les ruptures.

Le suivi des hébergements post-évacuation et la coordination dans des prises en charge communes, sont deux points travaillés au cours des années suivantes dans l'évolution des tableaux. C'est l'aval de la prise en charge sur site. Dans le temps, les tableaux permettent de légitimer les demandes d'hébergement car ils résument les situations individuelles des consommateurs. Les structures peuvent au cas par cas présenter et hiérarchiser les types d'hébergement adéquat. Toutefois, cet aval de la prise en charge du consommateur de drogue se cantonne essentiellement dans les ressources de la RDR. Il existe peu d'articulations avec des ressources externes au secteur.

Observer, évaluer, caractériser le consommateur et les sites

Les tableaux retracent essentiellement des données factuelles sur les consommateurs dans la mesure où ils ne retracent pas l'histoire individuelle. Ils reprennent majoritairement les données présentées en première partie. (cf. 1.2. Les publics rencontrés sur les sites.). Les items du genre, du nombre de rencontres par personne, servent à prendre la mesure de l'attractivité du site et son évolution dans le temps. Les caractéristiques plus individuelles comme l'ancienneté de la consommation, la régularité de la présence sur les sites, la situation par rapport au logement, l'existence de démarches ou non, l'existence de besoins formulés, sont les items qui servent à caractériser le consommateur. En fonction de ceux-ci se dessinent les types d'hébergements et démarches qui correspondraient au consommateur. Les tableaux sur Excel donnent un savoir formalisé sur les consommateurs. Au-delà, les intervenants doublent ce savoir avec la connaissance du dossier individuel et de l'histoire personnelle du consommateur.

Rendre visible les apports croisés des structures dans une prise en charge des consommateurs de drogues durant l'action collective et post-évacuation

L'évolution des outils utilisés a permis d'assurer une plus grande visibilité entre structures de la RDR dans les suivis communs. Ils illustrent comment l'organisation de l'intervention médico-sociale en tant que prise en charge globale du consommateur de drogues s'assimile à une répartition du travail. L'image de la chaîne est inappropriée, c'est la représentation de la mise en réseau, voire d'un rizhome qui prédomine. Les intervenants de terrain ont fortement exprimé le besoin d'avoir une visibilité des actions engagées par chacun.

« Ce qui est important c'est de savoir comment telle ou telle personne intervient, de quelles manières, comment il recoupe ces informations, quel types de suivis. »

« Le plus important ce n'est pas de savoir pourquoi une personne a été exclue, mais de savoir où et comment un suivi est engagé avec l'usager, ça, ça l'est. Par exemple, il faut reconnaître que CT a des tableaux bien faits (...) et on va s'y mettre aussi, parce que c'est super bien de savoir... par exemple, on a des femmes qui sont suivies chez vous et voilà ! Il y a des choses qui vont pouvoir se mettre en place. »

3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site

Au fur et à mesure de la répétition des sites et de l'ouverture sur des offres d'hébergements différents, les tableaux initialement mis en place pour une intervention collective dans le site ont continué à être utilisés après l'évacuation. Très souvent la période d'utilisation s'arrête en même temps que celle de l'hébergement (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation). Durant le temps qu'existe celui-ci l'élaboration du parcours socio-sanitaire du consommateur se poursuit. Les tableaux permettent alors de rendre compte des démarches effectuées.

Maintenir des suivis individuels post-évacuation

La continuité de l'utilisation des tableaux au-delà de la période d'encadrement du site est corollaire au maintien d'une coordination entre les professionnels de la RDR. Leur formalisation renforce la visibilité des concertations et rencontres entre professionnels et consommateurs de drogues. Ils retracent une continuité dans l'élaboration du parcours socio-

sanitaire de la personne. Les besoins sont à nouveaux priorisés selon des actions à court, moyen ou long terme. L'actualisation hebdomadaire permet une vision globale et pérenne.

Ce maintien de la coopération entre structures révèle la capitalisation relationnelle qui se fait avec les consommateurs de drogues lors de chaque site. Pour ceux qui composent le noyau dur, il serait ainsi possible de retracer leurs parcours sur les cinq ans. Sur les 17 personnes hébergées pour un mois en 2004, 1 est engagé dans un parcours d'insertion socio-économique, 1 adhère à son traitement pour des pathologies lourdes, 1 est pris en charge à long terme dans le secteur psychiatrique, 1 s'éloigne de Paris par les communautés thérapeutiques.

Si l'impact de la chronicisation dans l'errance de ces personnes sur les possibilités de générer des conditions propices à une stabilisation est mésestimé, alors ce bilan pourrait sembler bien mince. Il est à rappeler que sur ces 17 personnes, 5 ne bénéficiaient initialement d'aucune prise en charge. Ce bilan comporte des avancées d'un point de vue qualitatif (ré-inscription dans un environnement social autre que la rue, prise de conscience de la nécessité de faire soigner des pathologies...). Il en compterait certainement d'autres si d'un point de vue quantitatif le nombre de démarches effectuées par personne était comptabilisé sur les cinq ans.

Proposer et élaborer une offre d'hébergement adéquate à la personne

L'hébergement est vite apparu comme un point crucial. C'est une thématique illustrative de l'évolution des outils, ainsi que de la finesse avec laquelle il est possible d'analyser les ressources existantes en fonction des caractéristiques des consommateurs. Il est ainsi recensé 8 items d'hébergements :

HUS = Hébergement urgence spécialisé (Sleep In)

HUDC = Hébergement urgence droit commun (115, Hôtel)

HCTDC = Hébergement court terme droit commun (Samu Social)

HCTS = Hébergement court terme spécialisé (CHRS APCARS (IT))

HMTSS = Hébergement moyen terme avec suivi médico social (Hôtel CAARUD)

HMTS = Hébergement moyen terme spécialisé (ACT, Communauté thérapeutique)

HCMTM = Hébergement court/ moyen terme médicalisé (LHSS/ Sleep Off/ IPPP)

HLTP = Hébergement moyen/ long terme personnel (Hôtel/ Foyer/Appartement familial)

L'exhaustivité du sériage des ressources existantes n'équivaut pas à la garantie d'un accès. Il permet de visualiser les options à court, moyen et long termes.

Pour une représentation synthétique des ressources existantes, il est possible de regrouper ces items dans les catégories suivantes :

- l'offre interne à la RDR (Sleep-in, ou financement de places hôtelières)
- l'offre avec l'hébergement d'urgence de droit commun
- l'offre avec l'hébergement de droit commun à moyen et long terme.

Pour les intervenants, la mise en relation des caractéristiques du consommateur et des offres d'hébergement permet d'envisager ce qui correspond le mieux aux consommateurs. Par exemple, ils sont à même de ne pas proposer un hébergement à un consommateur parce qu'ils savent que la personne n'est pas en capacité ou ne désire pas, à ce moment là, se saisir de cette ressource.

Les réflexions de la part des intervenants sur l'hébergement soulignent le paradoxe de la diversité des ressources et de l'inadéquation. Comme pour les professionnels du social, ceux de la RDR sont confrontés à la saturation de l'offre. Le sériage des types d'hébergements est une tentative pour réduire les possibilités et concentrer les efforts d'obtention sur des offres

précises. Les ressources existantes en hébergement apportent aux consommateurs pris en charge par la RDR des appuis qui étaient inexistantes il y a quelques années. C'est pourquoi, le thème est tout à la fois un des points forts et un point faible dans le bilan des interventions. C'est celui en direction duquel, les différents groupes de réflexions apportent le plus de perspectives à travailler. Les propos érigent une réflexion qui tout en maintenant et renforçant les articulations existantes entre les ressources, plaident pour une compréhension et une acceptation de l'habitat des consommateurs de drogues dans le tissu urbain.

Rendre accessible l'offre socio-sanitaire au-delà de la RDR

Comme pour la thématique de l'hébergement, la période post-évacuation à travers l'analyse des tableaux sur Excel laisse voir l'avancée des démarches réalisées sur le plan socio-sanitaire. Pour celles-ci, beaucoup sont faites en interne de services spécialisé comme les PSA ou des associations qui servent d'interfacé comme l'APCARS. Mais il existe peu de renseignements sur des démarches socio-sanitaires réalisées avec des services du droit commun. Les comptes-rendu sous Word des différentes réunions expliquent en partie ce fait en montrant que les interlocuteurs adéquats sont faiblement repérables. Par ailleurs, ils soulignent aussi que pour la rencontre entre un professionnel du droit commun et un consommateur de drogues il est préférable d'utiliser la médiation et l'accompagnement physique. Sur ces compétences, il a été souligné plus haut que Coordination Toxicomanies est la structure qui réalise le plus ces tâches de travail, en doublure du suivi des structures référentes. Elle ne peut toutefois s'impliquer que dans quelques-uns. L'aval des prises en charge est faiblement existant. Il y a donc des manques quant aux possibilités de développer l'articulation entre RDR et droit commun.

3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels

En deçà des difficultés rencontrées pour faire le lien entre la RDR et le droit commun, il existe des avancées lors de l'intervention médico-sociale sur site. La réitération des événements a aussi été une réitération de rencontres et d'exercices d'articulation entre les professionnels de la RDR et d'autres champs. Il est à prendre en considération que les contacts entre la RDR et les autres champs sont majoritairement réalisés par Coordination Toxicomanies. Sans être de sa compétence exclusive, la structure a un plus long passé d'exercice sur ces fonctions-ci. Du fait de ses missions, elle est plus à même d'identifier et dialoguer avec les interlocuteurs adéquats pour chaque milieu professionnel.

Ces ouvertures sur d'autres milieux professionnels sont bénéfiques pour l'élaboration de conditions permettant l'implantation d'une intervention médico-sociale durant la vie du site. Elles le sont également pour permettre une régulation de l'évacuation avec la planification d'un dispositif de sortie.

Un point spécifique à souligner est l'apport d'ELP qui sur les derniers sites a favorisé une articulation entre la RDR et le secteur psychiatrique ou d'une manière générale avec les services hospitaliers.

3.4.1. Avec les services généraux du territoire

Sur le territoire parisien, le rôle de la DPP-ASA facilite l'articulation entre les professionnels de l'aménagement du territoire et ceux de la RDR. Ils facilitent l'implantation et le bon déroulement de l'intervention collective durant la vie du site (gestion des déchets, accès à

l'eau,...) pendant l'évacuation (mise à disposition de véhicules, barnum). « L'auto-gestion » du site par les consommateurs est un thème davantage amené par les structures de la RDR que par les services généraux. Ceux-ci dans le quotidien de leurs actions sont moins amenés à travailler avec des consommateurs de drogues. Les intervenants de la RDR, comme d'autres précurseurs sur le site (DPP-ASA) ont appris à lire l'organisation des sites et dialoguent avec les consommateurs, ce qui facilite l'efficacité du choix d'emplacement des aménagements. Il y a une interdépendance des besoins, des savoir-faire et des compétences (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues). L'apport de la DPP-ASA peut faciliter la mise en relation entre les services généraux et la RDR, toutefois il n'empêche pas que d'autres formes de mises en lien peuvent être avancées. Sur cette articulation entre secteur de la RDR et aménagement du territoire, quelques remarques possibles d'amélioration sont apportées un peu plus bas (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

Sur Saint-Denis, la configuration est différente. L'interface entre les intervenants de terrain de la RDR et ceux de l'aménagement du territoire se fait avec d'autres professionnels. Ce sont les référents municipaux sur « les démarches quartiers » qui assurent le maintien de l'interface pour le suivi opérationnel des aménagements nécessaires. Les différences notées entre Seine Saint-Denis et Paris ont notamment des impacts sur la manière dont les ressources associatives sont intégrées au système politico-administratif local. Les différences interrogent la façon dont il est possible de mutualiser les ressources territoriales par delà les frontières administratives des compétences (cf. 5.1. L'appui des institutions politico-administratives).

3.4.2. Avec le secteur de l'hébergement d'urgence

Les derniers événements, La Villette et La Briche en 2008, ont vu se développer d'autres formes de possibilités d'hébergement. C'est un apport supplémentaire par rapport aux ressources qui étaient habituellement utilisés (hébergements d'urgence dans des structures en lien avec l'addictologie ou places hôtelières). La mise en place d'hébergement de droit commun souligne les possibilités de construction d'un amont et d'un aval dans la prise en charge globale d'un consommateur de drogue. Son caractère récent fait que l'articulation est fragile. L'hébergement d'urgence est un point de jonction entre des représentations, des compétences et des modes de fonctionnement différents (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation). Néanmoins, c'est un exemple de ce qu'il est possible d'accomplir lorsque les ressources sont pensées territorialement et non sectoriellement.

3.4.3. Avec la Sécurité Publique

L'implantation d'intervention médico-sociale permet d'anticiper la mise en place d'un dispositif de sortie le jour de l'évacuation. Ce dispositif de sortie aménage la complémentarité des logiques professionnelles entre Sécurité Publique et RDR. Il permet que l'évacuation soit effective du point de vue du Droit, que ce soit pour le propriétaire ou les droits des personnes expulsables (garde des affaires personnelles des personnes).

Il permet aussi que l'évacuation ne soit pas assimilée à une réponse exclusivement répressive en direction d'usagers dépendants. Au contraire, la reconnaissance de la dépendance des consommateurs permet de poursuivre individuellement les jalons de prise en charge posés lors de l'intervention médico-sociale sur site. Un des exemples concrets de ce calibrage de la concomitance des logiques professionnelles et l'engagement de la Sécurité Publique sur

l'absence de constat d'infraction à la législation des stupéfiants ou sur la situation administrative des personnes.

Un autre exemple qui montre une adaptation progressive du calibrage entre les logiques d'interventions et l'ampleur numérique des professionnels de la Sécurité Publique lors de l'évacuation. Celle-ci décroît au fur et à mesure de la répétition des interventions médico-sociales. Au contraire, l'absence d'intervention médico-sociale en amont et de fait de dispositif de sortie, voit une augmentation numérique des professionnels. Les exemples d'articulation efficace entre RDR et Sécurité Publique ne valent que pour le moment de l'évacuation. Durant l'intervention médico-sociale sur site, le passage régulier des professionnels de la RDR contribue à ce que le site ne soit pas laissé à la seule dynamique du produit (cf. 1.4. Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le territoire). Ils permettent une ré-inscription du droit commun qui contribue à la gestion des tensions. Ce qui a pour effet de favoriser les conditions d'intervention médico-sociale.

Durant l'intervention médico-sociale, professionnels de la RDR et de la Sécurité Publique aménagent leurs positionnements physiques dans l'espace. Il y a une réflexion sur les endroits où chacun est à même de réaliser son travail, non pas dans une logique d'unilatéralité mais de co-habitation. Ces prises de position ne sont pas élaborées lors des réunions formalisées, mais elles se font dans le temps. Il est possible que les cadres intermédiaires et les directions aient un rôle d'initiative dans ces prises de positions physiques.

Il y a donc des améliorations qui pour autant ne sont pas systématiques. Des exemples montrent qu'il existe des freins dans l'effectivité de l'articulation (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). La complémentarité des logiques dépend de l'activation ou non d'un dispositif interprofessionnel et institutionnel autour d'un site (cf. 2. Le dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle avec les sites de regroupement d'usagers de drogues).

4. Faiblesses repérables au cours des cinq ans d'expériences : des ressorts en quête de résilience

La plus grande faiblesse du dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle est certainement **l'effectivité ou non du processus de concertation entre les acteurs**. C'est de lui que découle le consensus sur la nécessité de mettre en place le dispositif et ce faisant, l'intervention médico-sociale durant la vie du site et après l'évacuation.

Des modèles d'interprétation issus de la politique publique montrent que l'interconnaissance des acteurs permet de faciliter la mise en place d'une telle concertation. Cependant, se restreindre à cette observation serait réduire l'existence du processus de mise en place du dispositif à des éléments conjoncturels. Or, **le recul sur les cinq ans montre, d'une part, qu'il s'agit plus d'une situation endémique au territoire qu'une crise ponctuelle et d'autre part, qu'il existe une capitalisation politico-administrative des expériences dans les fonctions professionnelles** au-delà des professionnels eux-mêmes.

Des éléments de fond permettent ou empêchent l'efficacité et l'efficience du dispositif d'action interprofessionnelle et institutionnelle. Par exemple, au niveau des intervenants de terrain, il est constaté une évolution et une adaptation des pratiques professionnelles. Initialement, il existait des freins pour entrer dans le site (cf. 3.2. L'élaboration d'un savoir faire et savoir-être dans l'intervention sur site). Sur ces éléments de fond, il est possible de discerner ceux qui concernent strictement **l'organisation du fonctionnement collaboratif entre structures de la RDR** (cf. 4.1.1. et 4.1.3) et ceux qui mettent en lien **la logique professionnelle de la RDR avec les autres professions** (cf. 4.1.2.). Ces éléments sont appréciés depuis les interrogations des intervenants de terrain et depuis le constat de blocages dans l'articulation des logiques lors de l'action sur site ou dans l'aval des prises en charge.

Enfin, la thématique de l'hébergement est illustrative des difficultés à établir la poursuite des démarches initiées sur site, au-delà de l'évacuation. Elle est aussi représentative **de la nécessité de considérer l'efficacité des actions collectives comme un potentiel valable, non pas tant dans la gestion d'épisodes que pour une démarche locale en direction des consommateurs de drogues sur un territoire**.

4.1. *L'articulation entre les acteurs de la RDR*

4.1.1. Une non systématique du signalement du repérage du site et de la concertation

Des directions de structures RDR remarquent que le signalement d'un site dans leur réseau ne se fait pas systématiquement. Comme explications de ce constat il est possible d'avancer plusieurs points. **Ce peut être du fait que les professionnels ont des territoires donnés d'interventions**. Les sites analysés ces cinq ans sont souvent aux frontières de ces zones. Les structures peuvent avoir connaissance du lieu par les consommateurs, y mener une sortie exploratoire pour observation et vérification des informations. Mais **les limites territoriales peuvent bloquer les structures dans la fluidité de la transmission des informations**. Les institutions politico-administratives peuvent soutenir l'investissement des structures dans

leurs missions, en modulant les territoires fixés le temps d'une observation et d'une concertation entre professionnels (cf. 5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions).

La non-systématicité du signalement des sites peut aussi survenir pour un ensemble d'autres raisons. Il est possible d'y voir une **survivance de logiques concurrentielles** entre structures. Selon les études sur les éléments structurants une action collective, ces comportements peuvent pour une part être **liés à la motivation de faire se distinguer l'utilité de sa propre structure**. Il s'agit là d'une hypothèse qui est relayée par le ressenti des intervenants de terrain. Ceux-ci énoncent le sentiment que les consommateurs *« sont pris en otage par rapport à des questions institutionnelles qui les dépassent complètement. »*.

Sur ces formes de concurrence, **une autre explication plus pragmatique peut être apportée avec l'évocation des coûts de mobilisation**. Entre les intervenants de terrain et les niveaux hiérarchiques supérieurs, le relai d'informations a une incidence différente. Pour les intervenants de terrain, le motif premier de l'échange des informations doit se faire au bénéfice des usagers. Ce qui vaut aussi comme axiome professionnel pour les cadres intermédiaires et les directions. Mais pour ceux-ci, le signalement d'un site et la mise en place d'une intervention médico-sociale signifient l'accroissement du flux de l'activité. **Avant d'engager la responsabilité de leurs structures dans une action collective, ils doivent tenir compte des moyens dont ils disposent**. La réalisation de l'intervention médico-sociale sur site implique la mobilisation de ressources humaines et ses ramifications post-évacuations impliquent le maintien des suivis et la gestion des contingences de l'hébergement. Avant d'engager les concertations, il peut exister chez les professionnels une anticipation du coût de l'action.

Avec un point de vue autre que l'analyse gestionnaire, la non-systématicité du signalement peut être dû au simple fait que **le réflexe de transmission de l'information dans le réseau des structures RDR est peu intégré dans les pratiques professionnelles**, entre les postes à responsabilités.

Une autre raison est aussi en lien avec **les interrogations des équipes de la RDR sur le sens de l'intervention médico-sociale sur site** (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale). Les structures peuvent **craindre que la systématisme du signalement équivaille à la systématisme de la mise en place de l'intervention collective sur site, sans réflexion sur le déroulement de l'évacuation et sur les perspectives de suites de son potentiel**. (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation). Or, celle-ci est à débattre lors de chaque site systématiquement à travers le processus de concertation (cf. 2.1.2). C'est en osant croiser les informations que les professionnels peuvent établir une décision sur la nécessité ou non d'une intervention collective sur place et sur son amplitude (pour quelle durée et avec quelles perspectives en aval de l'évacuation).

En même temps, il est à considérer que l'absence de réactivité dans les concertations peut entraîner soit l'imposition de l'action du fait de la dynamique d'évolution du site (cf. 1.4.), soit une évacuation non-concertée et donc un reflux des capacités des personnes à s'investir dans un parcours socio-sanitaire (cf. 2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives).

L'objectif est de favoriser des échanges entre professionnels de la RDR pour établir les grandes lignes d'une position commune, sans ou avant que la situation soit portée jusque devant les responsables administratifs.

4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale

Si les cadres intermédiaires et les directions peuvent être considérés comme centraux pour la réactivité du champ de la RDR vis-à-vis des dispositions à prendre sur la constitution des sites, les intervenants de terrain soulèvent également les raisons qui peuvent nuire à leur engagement dans l'action collective. La plus importante provient de la répétition des interventions médico-sociales. Sans aval de ressources en dehors de la durée de vie des sites, elle use les intervenants et les fait s'interroger sur l'efficacité de l'action :

« C'est tout le temps la même chose. En 2004, sur Boucry, on fait toujours la même chose. (...) Pourquoi on intervient comme ça ? Il faudrait peut-être changer. »

Le positionnement des intervenants est bien loin d'être un refus d'aller dans l'action collective. **Ils interrogent au contraire les limites de l'intervention sur site pour dégager les conditions permettant la poursuite pérenne d'objectifs médico-sociaux.** L'intervention médico-sociale n'est pas perçue comme se limitant strictement au cadre du site. Au regard de leurs missions, les intervenants interrogent les possibilités pour l'inscrire dans une continuité.

Leurs interrogations peuvent se présenter selon deux grands axes.

Sur l'un, il y a leur sentiment de se sentir autorisé à réaliser l'action demandée. Cet axe renvoie à la définition de leurs missions en tant que CAARUDs. L'intervention dans les sites a une durée limitée. **Les faibles perspectives en aval suscitent la crainte qu'instaurer la proximité pour favoriser l'inscription des consommateurs dans des suivis soit un assistanat et non une démarche proactive dans un objectif médico-social.** Sur la continuité de l'axe de l'autorisation à agir, il y a également l'articulation entre l'anonymat des consommateurs et la nécessité de rendre visible les nécessités et avancées des interventions. Egalement, les intervenants interrogent l'articulation que trouvent leurs missions avec des champs professionnels différents.

Sur le second axe, **il y a le sentiment de se sentir en compétence pour réaliser l'intervention médico-sociale sur site.** Les expériences des dernières années ont tout juste donné l'occasion aux intervenants d'ouvrir des perspectives pour penser l'accompagnement de consommateurs en errance urbaine. Ils ont commencé à élaborer sur ce point des registres d'actions sur lesquels s'appuyer (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Par rapport aux moyens et aux façons de pérenniser des actions concertées, ils posent le besoin de poursuivre la perfectibilité de l'usage des outils (cf. 3.3.2. Une amélioration technique des outils d'évaluation et de coordination).

La crainte de l'interventionnisme

Ce sentiment est significatif de la perception d'un lieu qui n'est pas spontanément perçu comme un contexte possible d'intervention. Il s'est posé avec insistance aux intervenants lors des tous premiers sites, où les interventions pouvaient être perçues comme une violation d'un espace privé. Depuis les postures professionnelles ont évolué et s'adaptent (cf. 3.2.1. « Une professionnalité de la rencontre »).

Les particularités du contexte (squat ou scène) par rapport aux cadres habituels d'intervention (structure ou véhicule) ont pu jouer dans cette tension autour de la légitimité à intervenir. Elles invitent à renouveler la conception de l'intervention, parce que les professionnels sont

sur un lieu de vie. Par ailleurs, lorsque les consommateurs se rendent dans les lieux fixes ou les antennes mobiles, ils viennent souvent avec la demande d'un service. **Par contre, venir sur le lieu de vie des consommateurs c'est aller vers eux dans des moments où ils ne formulent pas de demande.** L'absence de demande peut apparaître pour les intervenants comme une absence de volonté de la part du consommateur à s'engager dans une démarche socio-sanitaire, donc à une absence d'action de leur part :

« S'il n'y a pas de demande, c'est quand même difficile de faire quoique ce soit. Sauf si ça relève de l'urgence. Là on a des recours. »

Il est de nouveau possible ici de voir comment le registre de l'urgence joue un rôle consensuel dans la mobilisation des acteurs, parce qu'elle donne des objectifs tangibles et concrets à court terme. En l'absence de demande, il est plus délicat de projeter un guide de l'action. Il s'agit plus dès lors, de projeter une manière d'être pour créer les conditions d'émergences d'une demande et du désir d'aller plus loin dans un parcours socio-sanitaire.

Il est à rappeler que l'absence de demande caractérise des personnes très marginalisées²¹. Celles-ci renforcent le processus d'exclusion en prenant leurs distances avec les dispositifs du droit commun. Pour autant, l'absence de demande ne signifie pas absence d'intervention. Les intervenants de terrain dépassent la difficulté de savoir quoi faire sur site, en se tournant vers les consommateurs. Donner un sens à ce qu'il est possible de réaliser, découle de la mise au centre des personnes au cœur du dispositif (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). A ce propos, il est à souligner que lors des 3 entretiens menés avec des consommateurs (dont 1 ancien), tous ont dit voir dans la venue des intervenants sur site le fait de pouvoir parler, de discuter et d'échanger avec des personnes autres que celles de leur environnement habituel. Ils ont dit combien le seul fait de se sentir écoutés leur permet de moins s'enfermer dans la figure stigmatisée et stigmatisante de l'errant et du toxicomane.

Les professionnels lors de l'intervention médico-sociale sur site sont dans un contexte où l'action est peut être moins palpable. Le moment de l'évacuation, et en amont celui de la mise en place des conditions assurant l'hygiène du lieu sont au contraire des moments où l'action est plus directement repérable, sans pour autant se passer de questions. **L'action sans la demande, invite peut être à revisiter professionnellement la notion de proximité pour permettre aux intervenants de projeter des jalons d'actions** (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

Les propos des intervenants retracent la sensation d'un glissement entre des logiques différentes d'actions comme l'assistanat et la Sécurité Publique. Les sites représentent des lieux d'intervention qu'au regard de l'histoire locale les intervenants se sont réappropriés. Ils ont finalement ré-approfondi le principe de l'aller vers qui sous-tend la RDR. Aussi, il est frappant de constater que les interrogations soulevées font écho à d'autres moments de son évolution. Par exemple, l'acte de délivrer des seringues s'est politiquement justifié par l'urgence sanitaire. Sur le terrain, cette disposition n'était pas partagée initialement par tous. Certains pouvaient y voir une incitation à la consommation, d'autres remarquaient que le matériel prédisposait les consommateurs à faire l'objet d'un contrôle policier. Décider de délivrer du matériel a été l'objet d'un débat où l'enjeu était de relier différentes logiques professionnelles afin qu'un équilibre soit trouvé.

L'intervention médico-sociale sur site soulève les mêmes types de questions, dans quel but, pourquoi, comment. Il y a la crainte de distiller de l'assistanat, comme il y a la crainte que la

²¹ Jean Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Ed Rue d'Ulm, Les conférences débats.

connaissance de la position des sites favorise la démarche répressive. **Au début de la délivrance du matériel, comme aujourd'hui, il s'agit de justifier de l'intérêt de la concomitance des logiques préventives et de la tranquillité publique.** La légitimité de la Santé Publique réside aujourd'hui dans le vieillissement d'un public replié sur un territoire. De la part des professionnels, de la RDR ou non, la situation demande un positionnement sur les façons d'élaborer « *la paix sociale* ». Par exemple, la délivrance de matériel a impliqué l'édiction d'une circulaire afin de permettre une cohabitation des différentes approches. De la même façon, l'implantation d'une intervention médico-sociale sur site, implique des prises de positions pour anticiper le jour de l'évacuation.

Par delà les moments où les logiques professionnelles se cristallisent, dans toute la durée de vie du site les différentes professions appuient, informellement et mutuellement, leurs objectifs respectifs. Par exemple, l'intervention médico-sociale sur site permet une médiation avec le voisinage qui réduit les nuisances ressenties par les habitants (cf. 2.2.2. Les tâches spécifiques aux structures réalisées sur site). Les agents de la Sécurité Publique évitent que la dynamique d'évolution du site se transforme en une zone de non-droit (cf. 1.4. Dynamique spatio-temporelle de la constitution des squats ou scènes ouvertes sur le territoire). Les difficultés rencontrées dans l'articulation des logiques, peuvent prises comme des occasions pour l'amélioration que la confrontation (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels).

Les institutions politico-administratives peuvent jouer un rôle central pour aider à la complémentarité. Elles peuvent appuyer la présence de toutes les logiques professionnelles en ré-affirmant nommément la répartition des compétences vis-à-vis d'un site (cf. 5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles).

Des interrogations sur l'usage des données recueillies

Vis-à-vis des outils et de l'usage qui peut en être fait, les remarques portent sur :

- **l'aspect quantitatif de l'évaluation de l'activité**
- **le contrôle exercé sur les données concernant la personne.**

Par ailleurs, les outils utilisés sont initiés par Coordination Toxicomanie, même si ils sont portés par toutes les structures pour donner l'image globale d'un lieu et la mutualisation de leurs ressources dans des situations communes. L'appropriation variable qu'ont les structures sur ces outils explicite en partie les difficultés observées pour les renseigner communément. Elles interrogent les possibilités de transférer les outils existants pour une appropriation effective, ainsi que les procédures pour organiser et systématiser le recueil entre partenaires et le besoin de dialoguer autour de leur forme et leur usage (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils).

Par rapport à l'aspect quantitatif, nombreux professionnels de la RDR regrettent qu'ils ne puissent insuffisamment donner une image qualitative des suivis. Basés sur une logique d'observation et d'évaluation à des instants T, ils ne peuvent remplir un tel objectif. Au regard de la chronicité des personnes dans l'errance, le retour qualitatif sur des suivis peut se faire, mais sur des périodes sans doute supérieures à cinq ans et avec d'autres méthodes analytiques que ne le permettent les outils utilisés. Pour les structures, l'accès des personnes à leurs droits sociaux-sanitaires sont autant d'objectifs d'activité (RSA, CMU, AME, dépistage, accompagnement à la grossesse, aux services juridiques...). Alors que l'ouverture des droits est un pas dans un parcours socio-sanitaire, elle ne garantit en rien sa poursuite. Les critères d'évaluation de l'activité des structures sont donc faussés, s'ils ne traduisent pas la prise en charge longitudinale de la personne. Les items quantitatifs pour être significatifs ont besoin

d'être mis en lumière par du qualitatif. Le nombre d'actes réalisés pour l'ouverture des droits sociaux-sanitaires et insuffisant pour rendre visible le renforcement des capacités des personnes à décider de leur vie.

Aussi, il existe une distorsion de perceptions entre une activité et une évaluation ponctuelle et la réalisation de suivis qui avancent dans le long terme. **La formalisation des outils est utile pour donner une image ponctuelle du site et négocier l'utilité de l'intervention sur site, des hébergements en aval de l'évacuation, voire sur le long terme la possibilité d'étayer l'argumentation autour de projets locaux.** En ce sens là, ils répondent à la mission territoriale de Coordination Toxicomanie et sont des ressources communes aux structures. C'est pourquoi, l'amélioration de leur renseignement est un point central (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils). Ces outils ne peuvent, par contre, être compris comme des indicateurs qualitatifs de l'activité :

« Je crois qu'il y a un problème d'évaluation, De prise en compte, finalement. (...) A un moment donné on oublie la personne, ses aspirations. »

Le biais d'une telle distorsion est de générer l'assujettissement des suivis et des possibilités post-évacuation à des obligations de résultats à court terme, ne retraçant pas la complexité des situations.

Les données établies sur les tableaux Excel sont factuelles. La modélisation des recueils de données permet de présenter des faits, qui font valoir la nécessité ou non de mettre en place une intervention collective sur le site. Elle permet aussi de justifier de la nécessité du nombre d'hébergements. Leur orientation initiale est la médiation territoriale plus que la prise en charge du consommateur. Elles ne permettent pas de retracer la vie des personnes. Mais néanmoins, l'engagement des structures dans des suivis communs implique d'être en capacité d'identifier communément les consommateurs. Or, la règle de l'anonymat se traduit concrètement par une multiplication des alias et des dates de naissance. **L'évolution des outils est donc allée dans le sens du besoin d'identification des personnes pour croiser les prises en charge. En même temps, elle s'est heurtée à la difficulté de trouver une manière de repérer communément les personnes, en respectant leur anonymat et sans donner un identifiant macro, qui aurait recoupé les identifiants internes aux structures.**

Cet exercice peut renvoyer les intervenants à l'impression « *de pister* » les consommateurs. Ce qui entre en contradiction avec la définition de leurs missions. Les discussions en groupe ont toutefois bien mis en évidence que ce qui est mis en valeur dans les outils ce n'est pas l'état du travail de chacun (des avancées, des mises à pieds) mais la seule visibilité des référents en fonction des thématiques socio-sanitaires. **Dans ces interrogations autour de l'usage des outils il existe, comme pour les logiques professionnelles, un jeu de glissement entre des termes voisins mais différents. Il y a une confusion entre l'anonymat, le secret partagé, le secret professionnel et le devoir de confidentialité.** Pour l'heure, les professionnels détournent l'effectivité d'un outil commun en fonctionnant sur l'échange verbal des informations. C'est dans cette mesure qu'elles échangent leurs informations pour aboutir à une vision commune.

4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils

D'une façon générale, la circulation des informations dans le secteur du travail social fonctionne sur l'inter-vision des professionnels. Mais cette façon de procéder pose des contraintes de temps importantes :

« A chaque fois d'aller voir les structures et prendre rendez-vous, on ne trouve pas le temps. ».

Par rapport au suivi régulier de l'évolution du site, l'échange verbal des informations demande de systématiser régulièrement l'échange d'information. Ce qui exige une adaptation des pratiques. Sur les premières années, il semble que le recueil de données reposait essentiellement sur l'équipe de Coordination Toxicomanies. Pour centraliser les informations, l'association semble se porter au devant des structures qui interviennent sur site. Au fur et à mesure des interventions, les structures capitalisent toutefois un savoir-faire commun de la coordination. Le téléphone, le numérique, se sont de plus en plus inscrits comme des pratiques professionnelles pour faire circuler les données recueillies. En 2007, les structures envoient à Coordination Toxicomanies leurs propres fiches, afin de compléter les tableaux. Il s'agit d'une mutualisation des moyens d'observation qui a permis de rendre compte hebdomadairement de l'évolution du site. Cette mutualisation est encore fragile. Les structures semblent inégalement investies dans cette pratique :

« Est-ce que ce tableau sert à d'autres personnes que la Coordination ? C'est un tableau qui peut servir à tout le monde, parce qu'il y a plein d'informations et les autres structures devraient se l'approprier. J'ai l'impression qu'il n'y a que la Coordination qui travaille dessus et avec. Et quand on a une réunion commune, on sait faire un super tableau mais personne ne comprend rien à ce tableau, alors, ça serait intéressant que l'on puisse travailler tous sur le même tableau.

- Les tableaux ont été envoyés à toutes les structures pour savoir si elles étaient d'accord pour faire un modèle ensemble de ce type de travail et généraliser toutes les informations sur un même prototype.

- Et alors ?

- Les tableaux sont dans les bacs de toutes les structures.

- Les tableaux existent depuis 2004, on voit bien là la complexité du travail inter-structure.»

Ces propos soulignent le constat qu'il existe une difficulté pour faire circuler les informations entre les structures. Les points évoqués ultérieurement sur l'usage des données recueillies peuvent en partie l'expliquer.

Améliorer la circulation des informations nécessite de **discuter plus avant la possibilité de désigner par structure un professionnel, responsable de la mise en lien avec Coordination Toxicomanies**, par téléphone ou par la saisie et le transfert numérique du même outil. La formalisation des procédures et outils est toutefois moins prioritaire que l'échange des différents points de vue sur ce sujet. Les tableaux initiés par Coordination Toxicomanie peuvent continuer à être discutés pour faire évoluer leur formalisation vers un modèle plus consensuel. Par exemple, le choix des items de caractérisations peuvent être reformulé.

Une autre difficulté pour le renseignement d'outils communs réside dans le mode même du recueil en situation de travail. Le recueil de données en vue de préparer un suivi depuis une pratique professionnelle en milieu ouvert, nécessite de collecter les données qui relèvent d'un entretien social usuel (situation administrative, ressources, logements, consommation, etc...). **Le contexte d'intervention fait qu'il est particulier à mener.** Les professionnels doivent arrêter les personnes pour remplir avec eux les items demandés, tout en devant parfois le mener informellement avec le consommateur. C'est-à-dire sans support papier. Le recueil peut aussi se faire dans la durée, au fur et mesure qu'une relation et une confiance s'installe (cf. 2.3.1. Caractériser le consommateur par les outils : Un processus de recueil des miettes de

vie). Ce constat rend compte de la difficulté d'observer et d'évaluer un site et les caractéristiques socio-sanitaires des consommateurs.

Un tel mode de recueil exige de la rigueur et de la systématique. Il y a là le développement possible d'une professionnalité, de la même façon qu'il y a eu une évolution des pratiques sur « l'entrée ». Par exemple, il y a une évolution des pratiques pour renseigner systématiquement les outils de collecte suite à chaque sortie ou passages sur les lieux. Puisque les structures investissent inégalement les tableaux existants, il s'en suit que cette compétence est peu discutée pour être une possible pratique professionnelle.

Malgré la finesse des outils existants, l'amélioration des pratiques professionnelles autour de leur usage est centrale pour légitimer l'intervention médico-sociale, tant sur site qu'en aval de l'évacuation. L'observation et l'évaluation concernent des publics rendus invisibles par leur marginalité. Les méthodologies habituelles des politiques publiques sont inopérantes. En d'autres choses, la typologie du public en fonction de critères administratifs numériquement recensables, sert à guider l'action. Les outils classiques des politiques publiques cernent difficilement ces situations individuelles, complexes, catégorisables sous de multiples critères et non stabilisées dans des dispositifs classiques²². Localement, l'amélioration du système d'évaluation et d'observation peut servir les structures de la RDR à mieux s'articuler avec les ressources du droit commun en matière d'hébergement (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation).

4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels

Il existe également peu d'occasions pour les professionnels de la RDR d'échanger leurs points de vue sur les points forts et faibles dans la coopération avec d'autres professions. Il est ici davantage question des aspects à améliorer, tout en ayant à l'esprit que cette coopération existe déjà à minima.

4.2.1. Avec les services généraux de l'aménagement du territoire

La coopération entre le secteur de la RDR et l'aménagement du territoire s'est montrée globalement effective sur toute la période des cinq ans. Le commentaire d'un responsable souligne que par delà le rôle d'interface que peuvent jouer des services spécifiques, investis dans la proximité, l'implication des services généraux dépend de la lecture de l'interlocuteur principal sur le problème de société que représente l'addiction. Les positions professionnelles rentrent en ligne de compte pour expliquer la mobilisation ou non des acteurs (cf. 5.1.2. Mailler l'hétérogénéité de logiques professionnelles). Par ailleurs, le changement des équipes et responsables des services généraux n'est pas forcément signalé aux structures. Coordination Toxicomanies, la structure de terrain qui de part ses mission est investie du rôle d'interface avec les services généraux, a peu l'occasion d'être mise en relation avec les personnes adéquates. En termes d'amélioration de l'organisation de l'articulation des compétences, les rôles du Secrétariat Général de la Ville et la Direction Générale de la Ville sont centraux pour appuyer la mise en place des décisions concrètes et visibles de l'intervention collective sur le site.

²² CHAMBAUD L., *La coordination statistique des personnes sans abris*, Rapport IGAS, 2007.

4.2.2. Le secteur social

Il existe peu d'interactions entre le secteur de la RDR et le secteur social de droit commun, que ce soit directement entre les professionnels ou entre consommateurs et professionnels du secteur social. Généralement, les consommateurs sont orientés sur des services spécialisés, les Permanences Sociales d'Accueil (PSA), que le CASVP gère dans le cadre de compétences déléguées. En 2006, sur le site du CFA2, une rencontre est notamment revenue sur ce constat. Elle était commentée entre des consommateurs, professionnels de la RDR et institutions politico-administratives. Du côté de la RDR, il y a une difficulté à identifier les interlocuteurs pertinents en dehors des services dédiés. **Il y a donc des passerelles manquantes entre un parcours socio-sanitaire qui débute dans le secteur de la RDR et le droit commun. Par ailleurs, un intervenant souligne que la rencontre entre consommateur et professionnel du droit commun nécessite un accompagnement physique. Cette disposition se justifie tant pour le consommateur que pour le professionnel du secteur social.** Les consommateurs de drogues ont souvent une appréhension à l'encontre du formalisme institutionnel. Les professionnels du droit commun pour leur part ont peu l'habitude de travailler avec ce type de public, malgré la polyvalence de leurs accueils. Un cadre intermédiaire rappel ainsi que sur La Briche (2008) la mobilisation et l'articulation avec les ressources sociales à proximité avaient été difficiles à réaliser parce que les personnes sont souvent des bénévoles. Ils viennent apporter leur aide avec parfois une méconnaissance des différentes « figures » de la précarisation. L'image du consommateur de drogues étant par ailleurs, particulièrement stéréotypée auprès du grand public.

Le même élément se retrouve dans l'articulation, la « passation » d'usagers, entre des hébergements du secteur de la RDR et du droit commun (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation). L'intervenant de la RDR, qu'il soit de terrain ou assistant social facilite, la mise en relation. Toutefois, il est possible de retrouver sur ce point la difficulté pour les structures de dégager le temps et les moyens pour assurer l'accompagnement (cf. 2.3. L'intervention médico-sociale, l'approche par la prise en charge globale de la personne en amont et en aval de l'évacuation).

4.2.3. Le secteur sanitaire

Le constat est similaire pour l'articulation entre le secteur sanitaire et la RDR, quand bien même le plan crack a suscité des améliorations très localisées. Par ailleurs, si le CAARUDs est adossé à un CSST, alors la composition professionnelle de l'équipe facilite la coopération. Localement, en parallèle du plan crack de 2005, la MILTD a commandité une recherche-action sur les blocages rencontrés dans le réseau de prise en charge des crackeurs²³. Sur 8 propositions d'approfondissement, 3 portent sur l'articulation entre RDR et psychiatrie. **Enfin, les récentes apparitions d'ELP sur les sites ont eu pour effet de montrer et**

²³ LESCROEL F., *Usagers de crack dans le nord-est Francilien : bilan et perspectives de la recherche-action*, Coordination Toxicomanies, novembre 2006.

- 5^{ème} proposition, identifier les critères de réussite et d'échec des orientations à partir d'une étude de cas sur l'accès des usagers de crack aux LHSS, lits de crise, lits de sevrage et lits de soins de suite et de réadaptation avec les professionnels de ces services des services impliqués dans la RDR et aux usagers.
- 6^{ème} proposition, poursuivre l'étude de cas sur l'accès au soin psychiatrique des patients usagers pour identifier les obstacles liés respectivement aux patient, aux services d'accueil et aux services impliqués dans la RDR et le soin aux usagers.
- 7^{ème} proposition, étendre le travail de liaison psychiatrique du CPOA dans les procédures d'hospitalisation des patients usagers de crack, avec l'ensemble des services de soins dédiés aux usagers de crack.

démontrer les bénéfices à retirer d'une prise en charge en santé mentale, « hors les murs » de tout cadre psychiatrique. Pour quelques intervenants de terrain, la présence de professionnels de la psychiatrie sur site n'allait pas de soi. En même temps, plusieurs autres intervenants soulignent le besoin qu'ils ressentent d'une écoute spécifique auprès des consommateurs. S'il ne s'agit pas de psychiatrie du moins, il s'agit de santé mentale au sens où ce qui est visait est les sensations de bien-être ou mal-être. Cette équipe a également permis d'améliorer la mise en lien entre les suivis de la RDR et le milieu hospitalier, notamment pour l'accompagnement de grossesse.

Un cadre intermédiaire fait remarquer que les intervenants de terrain ont peu conscience de l'efficacité qu'ils apportent dans le suivi des consommateurs. Il évoque la manière dont les professionnels du secteur hospitalier manifestent leur surprise devant la capacité des équipes de rue à rétablir le contact avec des consommateurs sortis prématurément d'une prise en charge médicale.

4.2.4. Le secteur pénitencier

Par rapport à l'interaction entre secteur de la RDR et secteur pénitencier, le groupe de travail du plan crack en 2005 sur l'articulation police/justice/santé a porté des réflexions dont les avancées ne sont pas ressenties pour la majorité des structures. Comme pour le secteur hospitalier, lorsque le consommateur est dans un cadre très marqué institutionnellement, paradoxalement une rupture s'instaure dans son suivi. Les difficultés d'articulation reposent là aussi, sur une difficulté à formaliser et systématiser la circulation de l'information.

4.2.5. Avec la Sécurité Publique

Les interactions sont très minces entre professionnels de la RDR et Sécurité Publique. Il y a donc peu de dialogues en vue d'affiner les complémentarités entre logiques socio-éducatives et policières. **Peu de structures ont des rencontres formelles ou non avec ce secteur. Cette absence de dialogue est d'autant plus préjudiciable que la répétition de la constitution des sites multiplie les occasions où l'interdépendance des logiques d'actions est visible.** En amont des moments de cristallisation, il freine le processus de concertation pour décider ou non de la mise en place d'une action collective.

Dans les écrits compilés plusieurs faits sont relatés d'usage abusif de la force. Majoritairement, ils se sont produits dans les années 2004-2005, de nuit, par quelques professionnels. Plus récemment, sont évoquées des destructions du matériel de prévention que les consommateurs possédaient.

Parallèlement, il y a eu du côté de la RDR plusieurs outils proposés pour favoriser le signalement des faits aux professionnels compétents (livre blanc, fiches de signalement). Aucun pour l'instant n'a été pleinement investi par les structures.

4.3. Les manques dans l'intervention collective médico-sociale

Les freins recensés sont des éléments qui s'expriment par ailleurs sur l'ensemble du territoire national. Ils sont illustratifs de la construction historique des politiques publiques, bâties par secteurs et où la transversalité se construit progressivement et localement. Des améliorations locales peuvent être travaillées, comme, plus que des freins mais des manques au cours des interventions médico-sociales successives. Certains sont développés ci-dessous. D'autres

peuvent être juste énoncés, comme, envisager la possibilité de faire appel à des compétences d'ethno-psychologue²⁴. Au regard des caractéristiques des consommateurs du noyau dur, ce peut être un apport supplémentaire dans l'élaboration de registres d'actions (cf. 1.2. Les publics rencontrés sur les sites).

4.3.1. Des créneaux horaires non couverts

Les observations et évaluations réalisées par les intervenants sont précieuses et riches. Malgré tout, le travail réalisé se fait durant des horaires qui sont limités. Les types de lieu visés ont tous les caractéristiques généralistes du secteur de la précarité (terrain et personnes mobiles, travail en soirée...) et l'instabilité de l'observation est renforcée par l'illégalité des pratiques. Tout le créneau horaire qui va de 2H à 9H du matin n'est pas couvert. Or, il est fort possible que des types de consommateurs soient plus actifs et visibles durant ce créneau. Ce peut être le cas par exemple pour les jeunes en errance active (cf. 4.3.3. Les publics des femmes et des jeunes). Par ailleurs, dans les comptes-rendus de cellule de veille sur un site, il était mentionné le fait qu'au retour d'un week-end long, les tensions sur site étaient plus fortes. La présence des intervenants (de la RDR ou non) semble avoir un effet de régulation sur le lieu. Les professionnels de terrain précisent que la pression ressentie est aussi liée à une surconsommation durant le week-end.

Ces observations soulèvent l'éventuel besoin de déployer des ressources sur ces plages horaires.

4.3.2. Des permanences avancées d'accès aux droits sociaux

Les interventions sont menées et légitimées avant tout sur le registre sanitaire, tant du point de vue de ce qui fait consensus (cf. 2.1.2. Le processus de concertation sur la mise en place du dispositif de l'action interprofessionnelle et institutionnelle) que dans la technique opératoire (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Pourtant, il est tout aussi reconnu par les professionnels, que l'investissement des consommateurs dans les démarches de soins est favorisé par la stabilisation dans l'espace et le temps, ainsi que par l'ouverture des droits sociaux²⁵. Or, les équipes de rue ou les équipes des structures bas-seuil ne disposent pas, la plupart du temps, d'assistant social. Sur les cinq ans, une seule expérience a mise en avant la thématique de l'accès aux droits sociaux. Sur la scène de la Briche, une permanence sociale fut aménagée à proximité du site. Sa mise en place était une demande des consommateurs. Il est à prendre en considération qu'elle s'est faite en reposant sur un seul travailleur social. En son absence, elle n'a pu être maintenue. Ce constat interroge donc la mobilisation des assistants sociaux présents dans le secteur de la RDR. Ainsi que, les relais et la faiblesse de l'ouverture entre le secteur RDR et le secteur social de droit commun.

La disponibilité de l'assistant social résulte du fait que la structure porteuse articule un CSST et un CAARUD. L'adossement entre les deux dispositifs permet effectivement un glissement des ressources humaines. **Mais il est aussi envisageable de privilégier d'autres voie que la construction interne au secteur d'un amont et d'un aval. Par exemple, il est souhaitable de construire une telle mutualisation et articulation de ressources avec d'autres secteurs que la RDR, comme les professionnels du secteur social (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels.) Il ne s'agit pas tant de reproduire en interne l'ensemble des ressources, mais plutôt de créer des postes avancés du droit commun à proximité des zones de marginalisation.** L'expérience sur la

²⁴ Par exemple, voir institut Devereux, www.ethnopsychiatrie.net, ou le COPES.

²⁵ AFR, *Cahier des charges première ligne, pour une éthique des interventions de première ligne. Pour des équipes capables de s'adapter aux réalités de terrain*, juillet 2001, p.14.

Briche est ainsi similaire à celles de structures fixes qui organisent dans leurs murs des permanences juridiques ou sociales.

Enfin, un des obstacles récurrents dans l'ouverture des droits socio-sanitaire est l'accès à la domiciliation.

4.3.3. Les publics des femmes et des jeunes

L'association Intermède a apporté son soutien à l'intervention collective sur quelques sites (CFA2 2006, La Villette 2008). Il n'est pas renseigné dans quelle mesure cette coopération peut se développer. En interne du secteur de la RDR, l'Association Charonne toutefois oriente l'un de ses services sur cette thématique. Par rapport aux publics des consommateurs rencontrés sur site, la majorité est masculine. Il existe peu d'hébergements spécifiquement dédiés aux femmes (cf. 5.2.1. Des actions à soutenir, débattre et développer). Pourtant des besoins sont tangibles. Notamment, leur exposition à la prostitution dans le contexte de sites les rend très vulnérables par rapport aux actes de violences. Il est à rappeler aussi que les femmes sont des mères. L'addiction dans les relations de couples et entre parents/enfants est une thématique sur laquelle peu de ressources existent (Association Horizons).

Le public des jeunes est le grand absent dans les observations et évaluations des consommateurs. Sur les premiers sites (Wilson 2003, CFA1 2004), ils sont qualitativement repérés. Par la suite, ils disparaissent des analyses. **Il est souhaitable pour les structures de la RDR de renforcer l'observation et l'approche en direction de ce public et ceci en tenant compte des deux sous-catégories repérables à priori.**

L'une est composée des jeunes originaires des quartiers à proximité des sites ou d'une manière générale, sur l'ensemble du nord-est parisien et de Seine Saint-Denis. **Les associations d'habitants rencontrées ont fait part de leurs préoccupations en ce qui les concerne.** Pour eux, il s'agit de la nouvelle figure en lien avec les drogues dans l'espace public. **Le déplacement de ce public entre les frontières territoriales n'est pas renseigné.** Il semble que les jeunes parisiens ont tendance à rester dans l'intra-muros tandis que ceux de la Petite Couronne seraient plus mobiles. Toutefois, il s'agit d'un ressenti qualitatif qui n'est pas recoupé par les données recueillies sur site.

L'autre sous-catégorie du public des jeunes en errance active. Originaires de toute la France, ils sont de passage sur Paris. La capitale est incontournable du fait de sa position centrale dans le réseau ferroviaire français. Elle est aussi attractive du fait de la réputation d'un marché des drogues à bas-prix. Les sites sont donc des lieux de fréquentation et d'apparition potentiels pour ce public, notamment durant les heures nocturnes. **Le fait que ce public soit souvent présent temporairement ne doit pas éclipser la possibilité de développer dans leurs directions les pratiques professionnelles de l'approche.** Pour des professionnels qui travaillent davantage avec l'errance active, il est acquis que le consommateur repasse sur le territoire à plus ou moins long terme. **S'il y a eu un échange suffisamment fort, marqué par une aide qui respecte l'errance de la personne, une aide inconditionnelle, alors il est remarqué que ce public est capable de renouer le contact lors de sa prochaine venue.**

Pour ce public, une coopération serait envisageable avec les structures qui travaillent dans l'éducation spécialisée à proximité des gares. Ce peut-être par exemple des structures du type comme celle d'Itinérance. **Ces jeunes sont aussi repérables dans le sud de Paris (Bastille). Les structures de la RDR et prévention spécialisée de cette zone territoriale**

ont donc également un bénéfice à retirer d'une mise en lien entre elles et celles du nord-est.

4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse de la diversité et de l'inadéquation

Pour le secteur RDR, l'intervention médico-sociale se justifie parce qu'elle peut éviter un état d'urgence sanitaire. Par ailleurs, son amplitude et sa durée sont appréciées si des objectifs médico-sociaux sont reconnus au-delà de l'unité de temps et de lieu que représente le site. Les perspectives permettant la continuité des démarches engagées avec les consommateurs sont donc centrales pour motiver la mobilisation des professionnels. **Le site ayant une fonction de lieu de vie, les attentions se portent sur les possibilités pour remplacer le repère spatio-temporel qu'il représentait.** En l'absence de cette stabilisation et du fait du vieillissement des consommateurs, une des craintes des professionnels est que les interventions sur site se résument à « *les voir mourir* » sans qu'un suivi efficace et efficient se soit mis en place.

Au cours des cinq ans, plusieurs formes de propositions d'hébergements ont progressivement été élaborées. Chacune comporte des inconvénients et des avantages. En écho avec le constat national de l'état de l'hébergement pour les personnes défavorisées²⁶, **il existe une diversité qui permet de répondre à une multiplicité de situations individuelles mais qui ne peuvent pallier aux besoins des situations les plus complexes.** Par ailleurs, la diversité des offres trouve difficilement à être en phase avec une orientation ciblée des multiples figures de la précarité²⁷. Il est également reconnu localement que les personnes ayant une addiction sont particulièrement touchées par les difficultés d'accès à l'hébergement²⁸. **Les structures de la RDR peuvent améliorer les outils communs d'observation et d'évaluation pour mieux s'articuler et légitimer leurs demandes d'hébergement auprès du droit commun** (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils). Par exemple, en se rapprochant du système Herbernet qui renseigne en temps réel l'actualisation des places d'hébergements, les caractéristiques des publics et leur devenir à la sortie des structures²⁹. L'enjeu est d'affiner l'adéquation entre les offres existantes et les différentes caractéristiques des consommateurs.

4.4.1. Les offres d'hébergements proches du secteur spécialisé

Les possibilités internes à la RDR saturées

Sur le territoire du nord-est francilien, il existe peu de places spécifiquement destinées aux consommateurs de drogues. Elles sont par ailleurs, conditionnées soit à l'urgence soit à un suivi médical. La condition de l'urgence signifie que l'accès à l'hébergement se base sur l'évaluation des risques encourus si le consommateur reste dans la rue. Elle fait par ailleurs l'objet de renouvellements journaliers, qui doivent être appuyés par un travailleur social. Leur accès implique aussi le respect d'horaires. Ce type de places est en majeure partie géré par

²⁶ 15ème rapport du HCLPD *Sortir de la gestion de crise*, juin 2009.

²⁷ 10ème rapport du HCLPD *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à la personne en danger*, 2004.

²⁸ PINTE E., *Mission parlementaire sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement*, 2008. p.64.

²⁹ *Ibid.*, p.43.

SOS-DI. Les autres places sont souvent adossées à une structure de soins. Là aussi, les conditions d'entrée et de renouvellement sont fortes et de plus, le volume disponible est pressurisé par des partenariats entre droit commun et secteur de l'addictologie.

Les structures recevant sur l'urgence ont bien sûr de la pertinence, et elles trouvent plein usage lorsqu'à l'évacuation d'un site, les consommateurs peuvent être dans un état sanitaire alarmant.

Une offre hôtelière exceptionnelle et à court terme

Les interventions médico-sociales sur site ne se limitent pas à l'évacuation. Elles sont « *des accroches* », des démarrages, pour des suivis qui n'auraient pu s'établir sans elles. L'articulation entre l'intervention collective sur site et la garantie des moyens d'hébergement post-évacuation favorisent la mobilisation des professionnels.

Des solutions ont donc été formulées pour permettre la continuité des prises en charge. L'une des plus pertinentes est l'octroi d'un volant supplémentaire d'hébergements, via le financement de places hôtelières. Elles permettent de répondre à plusieurs situations individuelles. Par exemple, elles offrent la possibilité que des couples continuent d'être suivis. Ceux-ci peuvent en effet être amenés à refuser les dispositifs d'hébergement, car les places en hébergement classique ne préservent pas l'intimité. Comme pour les hébergements d'urgence, elles permettent aussi de pouvoir répondre à la situation de consommateurs habituellement fuyant vis-à-vis du droit commun et qui peuvent être en fonction de la cyclicité de leur addiction dans une phase d'épuisement. Des intervenants ont évoqué la possibilité de conserver un budget d'urgence pour anticiper l'encadrement des sites.

L'une des contraintes des places hôtelières est que leur financement soit assuré pour une durée variable de 1 à 3 mois. En effet, dans les prises en charge globales des consommateurs, l'un des freins est la précarité des offres d'hébergements. Il est déjà cité comment la perspective d'un court terme ou au contraire d'un long terme, engendre chez les consommateurs un effet de démobilisation ou mobilisation (cf. 2.6. L'évacuation ou le début de l'histoire et 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Le non-renouvellement risque de stopper le travail socio-éducatif engagé par les équipes de terrain avec les personnes. Le fait de se savoir de passage implique pour les personnes l'impossibilité de « *se poser* ». La dynamique de collaboration instaurée et le capital relationnel entre les intervenants et les consommateurs peuvent en souffrir (cf. 3.3.4. L'usage des outils après l'action collective sur site).

« A la sortie de la Villette - vous avez tant de chambre d'hôtels pour 3 mois- et on ne pose pas la question de l'après. »

Des questions sont donc posées sur les raisons qui font que ces places ne peuvent être assurées sur du plus long terme ou bien que les personnes n'ont pu être prises en charge sur des dispositifs pérennes. Par ailleurs, il est mis en avant le fait que l'hébergement par le secteur de la RDR est conditionné à l'avancée des démarches par la personne. Plus précisément, au respect des rendez-vous que la structure pose au consommateur. Ceux-ci doivent rendre compte à la structure de son engagement dans un parcours, et les structures doivent justifier auprès des financeurs de l'utilité de l'hébergement hôtelier. Pour des intervenants, le respect des horaires est une condition que plusieurs consommateurs ne sont pas à même de remplir (cf. 4.4.3 Des situations individuelles orphelines de perspectives). Il est ici possible de retrouver le ressenti des équipes de terrain sur une distorsion entre une évaluation quantitative de l'activité contre une lecture qualitative des suivis (cf. 4.1.2. Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective médico-sociale).

Les places hôtelières conviennent à des personnes qui sont en capacités durant les 3 mois de poser des jalons dans leurs parcours. Pour certaines structures de la RDR, l'attribution de places hôtelières représente clairement la possibilité de travailler avec certains consommateurs les notions de droit et de devoir. Un suivi de l'occupation effective des chambres est ainsi réalisé post-évacuation, nuit par nuit.

Les solutions qu'apportent les places hôtelières sont un important bénéfice à bien des égards. Elles soulignent aussi le besoin de perspectives en aval, vers le droit commun. Parmi les pistes possibles sur le thème de l'hébergement, le rapprochement entre le champ de la RDR et le champ de l'hébergement de droit commun est un axe particulièrement riche. Il diversifie les offres et rend possible une adéquation plus importante avec des consommateurs aux caractéristiques variées.

4.4.2. Les offres du droit commun, un accès mince et fragile

Culturellement, le secteur de la RDR s'est construit de façon isolée par rapport au secteur de la précarité. A l'origine, les ressources principales en hébergement d'urgence le Samu Social et le PHRH étaient dédiés à d'autres profils d'usagers que les consommateurs de drogues (personnes SDF, familles et couples). Secteur précarité et de la RDR sont deux champs proches, mais qui ne peuvent pas se substituer l'un à l'autre. Dans la gestion des phénomènes de squats et scènes ouvertes sur le territoire, l'ouverture des possibilités d'hébergement dans le champ de la précarité s'est ouverte à la RDR. C'est une ouverture récente et fragile (cf. 3.4. Des ouvertures avec d'autres milieux professionnels).

« Par rapport à notre public en général, c'est difficile de pouvoir leur faciliter un accès, même vers le dispositif d'urgence »

L'articulation entre le champ de la RDR et de l'insertion est prometteuse mais elle n'est pas acquise. Suite au plan crack 2005, une recherche-action sur les liens entre les secteurs précarité et RDR a mise en avant les freins qui existent sur ce point :

« (...) les représentations réciproques étaient et restent extrêmement disparates avec des méconnaissances extrêmement profondes des modalités d'exercice et des contraintes de chacun. De plus s'y ajoutent des difficultés liées à l'organisation propre à chacun de ces domaines qui rendent l'accès, soit aux soins soit à l'hébergement. (...) »³⁰

D'une manière générale, à côté de conventions réussies sur le territoire entre addictologie et précarité (Emmaüs/ANPAA), subsiste la sensation pour les intervenants du social de ne pas être formés à gérer des personnes ayant une poly-toxicomanie. Comme exemple de freins dans l'articulation entre RDR et précarité, il y a la différence d'approche professionnelle des publics (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). Par ailleurs, l'hébergement en droit commun fonctionne sur un recueil de données sur la personne plus formalisé que dans le secteur RDR. Lors des premières collaborations, les intervenants RDR ont été choqués de devoir transmettre des informations sur les personnes, notamment celles portant sur les pathologies. L'ouverture avec le droit commun s'est maintenue avec le soutien des pôles des DDASSs (cf. 5.1 L'appui des institutions politico-administratives). Sur les sites de La Villette puis La Briche, les structures RDR renseignaient les institutions par des fiches navettes sur la situation des consommateurs, pour qui elles diagnostiquaient un besoin d'hébergement (cf. 2.4.2. Les outils utilisés par Coordination Toxicomanies).

³⁰ Rapport CRESIF 2005 « Volet hébergement plan crack 2005-2008 ».

Ces deux exemples rappellent que les habitudes professionnelles envers les publics et la façon de recueillir les données sont des maillons importants de l'effectivité des collaborations. Par ailleurs, comme pour les places hôtelières le constat est une distorsion d'évaluation de l'activité.

« A la Villette on nous avait donné une grille, quasiment une obligation d'objectifs pour que l'hébergement soit renouvelé. »

Les obligations posées sont toutefois plus souples que dans le secteur de la RDR. La construction d'un aval de la prise en charge avec les ressources en hébergement de la précarité, permet de maintenir un suivi. Lorsqu'un hébergement de ce type est possible pour une personne, son point fort est de favoriser la prise en charge à long terme :

« Honnêtement il y a des avancées avec le droit commun, c'est qu'il commence à intervenir dans les prises en charge d'hébergement et ce qui est une avancée par rapport aux structures spécialisées c'est qu'il y a une prise en charge avec derrière des rendez-vous posés pour faire les prises en charge, les papiers, etc.... Le droit commun, il n'y a pas de durée, tant que la structure assume la responsabilité du suivi. »

Le principal avantage du recours au droit commun, par delà l'hébergement lui-même, est une marge de souplesse plus importante pour la construction des suivis. Des consommateurs qui refusaient jusqu'ici l'hébergement de droit commun, l'ont expérimenté, accompagnés dans leurs démarches par des professionnels de la RDR et ont changé l'image qu'ils en avaient. Certains sont stabilisés dans des structures de droit commun. L'articulation entre RDR et précarité est à étayer et à conforter dans la durée. Son apport, comme celui des hébergements hôteliers exceptionnels, peut être décisif pour les consommateurs qui en sont bénéficiaires.

4.4.3. Des situations individuelles orphelines de perspectives

La principale difficulté sur la thématique de l'hébergement est de trouver une adéquation entre les offres et les caractéristiques des situations individuelles des consommateurs de drogues. Le décalage ressenti renvoie à l'usage des outils d'évaluation. Si des « mises entre parenthèses » des suivis surviennent (rupture d'hébergement, absence de possibilités d'aval,...) du fait de l'inadéquation, alors il est nécessaire de poursuivre l'affinement des outils (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie des consommateurs de drogues en errance urbaine).

De nombreux propos lors des groupes de réflexions ont ainsi réinterrogés les conditions d'attribution en fonction des consommateurs. Il est remarqué notamment que les femmes ont souvent leurs droits socio-sanitaires ouverts, voire, la reconnaissance d'Affectations de Longue Durée (ALD), mais n'accèdent pas aux offres adéquates.

Les intervenants ont pointé plusieurs aspects qui font que les réponses apportées ne correspondent pas aux besoins du terrain : soit elles sont en inadéquation avec les aspirations de la personne et donc à termes vides de possibles, soit leurs courts termes empêchent la stabilisation de la personne dans le temps et l'espace. L'inadéquation nuit à la qualité de la prise en charge globale du consommateur. **Pour certains consommateurs de drogues en particulier, le constat de l'inadéquation est récurrent.** Par exemple, en priorité les hommes isolés et chronicisés dans la marginalité ne formulent pas de demandes. Pour ce public, les places hôtelières sont des possibilités ponctuelles. Elles évitent une dégradation de leur état physique et elles permettent de maintenir le lien instauré, de capitaliser la confiance avant qu'émerge une demande explicite d'engagement dans une prise en charge. Pour ces

personnes, il s'agit moins d'un hébergement de droit commun que d'instaurer des hébergements de stabilisation.

Les intervenants sont d'autant plus intéressés à explorer les alternatives autour de l'hébergement, qu'ils sont confrontés à un public vieillissant. Le noyau dur des consommateurs de drogue répond particulièrement à cette caractéristique.

« Qu'est ce qu'on fait de ceux qui ont dépassé les cinquante ans, certains la soixantaine. Ce sont des gens que l'on retrouve dans ces fameux squats. (...) Pour le coup eux, ils sont demandeurs. De plus en plus, à 50 ans, 60 ans, parce qu'il y a une vulnérabilité. Parce que la rue à cet âge là, c'est la jungle. »

« Les plus âgés sont les plus vulnérables de par leur physique et le paradoxe c'est que comme ils sont depuis longtemps dans la rue, ce sont eux qui vont le moins tenir en hébergement. »

La stabilisation des personnes vieillissantes par l'hébergement est un défi pour les années à venir. Il renforce la pertinence de s'interroger sur les possibilités d'accompagner les consommateurs sur un lieu de vie, dont les conditions d'accès soient inconditionnels. L'évocation de l'expérience de Proses a permis de faire écho à d'autres besoins et d'autres façons possibles de faire. Par exemple, le noyau dur est composé d'une part importante de personnes qui déclarent aux intervenants de la RDR avoir des problèmes psychiatriques. S'il n'est pas adéquat de les stabiliser dans le secteur psychiatrique, du moins leur prise en charge nécessite un apport en santé mentale. Devant l'intrication des problématiques pour ces consommateurs, la conception d'un encadrement adapté doit composer avec la temporalité de l'addiction et le degré de chronicisation dans la marginalité.

4.4.4. Le projet PROSES, un tremplin pour des projets alternatifs

Ces dernières années ont eu comme conséquences que les professionnels de la RDR comme les institutions politico-administratives soient sensibilisées aux caractéristiques nécessaires pour un hébergement vis-à-vis des crackeurs. La DDASS du 93 a ainsi investi une part restante des lignes budgétaires de l'urgence sociale sur le projet expérimental de Proses.

Le lieu a ouvert suite au site de la Briche (2008). Il a accueilli 9 personnes suite à l'évacuation. Un an après, 5 sont encore présentes. L'un des intervenants précise que les adaptations du projet ont permis de répondre aux besoins et caractéristiques de certains consommateurs. **L'impact du degré de chronicisation dans la marginalité sur la capacité du consommateur à investir un hébergement est illustré par un exemple concret.** Certaines personnes vivaient le pavillon comme *« trop beau »* pour elles, dans la mesure où elles n'ont pas l'habitude de posséder quoi que ce soit. Ce témoignage éclaire bien les différences entre libertés réelles et libertés formelles (cf. 1.1.2. La quête d'un habitat).

Pour d'autres consommateurs, le fait de cohabiter avec des personnes qui leur sont inconnues, qui ne partagent pas la sociabilité des sites ou de la consommation de crack a pu être trop effrayant. Pour d'autres, malgré les dispositions du projet, la présence de l'institution était trop forte. Le degré du cadre institutionnel est un des paramètres les plus importants pour envisager une manière d'accompagner un consommateur sur un lieu de stabilisation.

L'objectif du projet Proses est d'être un hébergement à bas-seuil d'exigences. Le cadre institutionnel est faiblement marqué. L'hébergement est presque synonyme d'un lieu de vie

dont il est laissé au consommateur le temps de s'y investir, de s'y stabiliser. Il n'y a pas de contraintes d'horaires afin de laisser la personne autonome dans son comportement. Dans le même état d'esprit, il n'y a pas de services généraux et l'équipe est présente partiellement sur place. Il s'agit à la fois d'éviter l'enkystement et de laisser suffisamment de temps à la personne pour se projeter. L'obligation de résultats apposée rapidement peut biaiser ce temps de remobilisation et de re-motivation de la personne.

La mise en place du projet Proses est vécue comme une bouffée d'oxygène, un espoir de voir ce type de structure être reproduit. Son exemple n'est certes pas une solution unique, du moins, il souligne la nécessité de penser des formes d'hébergements souples. En deçà des possibilités d'hébergements, il montre en parallèle des actions collectives sur site que l'encadrement médico-social de consommateurs de drogues dans des habitats tolérés peut être pensé.

5. Les « prises » à affirmer pour assurer la transversalité de l'action des professionnels et institutionnels : sortir de la gestion de crise

Toute la difficulté d'une action collective en direction des consommateurs de drogues réside dans l'intrication des politiques publiques que leurs situations suscitent : intrication des savoir-faire, des logiques professionnelles, des compétences politiques. Ces cinq dernières années montrent que cette intrication trouve à se réaliser concrètement dans une démarche locale. Le pilotage territorial de l'action collective est un précieux paramètre de réussite, sans être l'unique. Tout d'abord, parce que ce pilotage est réalisé par plusieurs acteurs. **Les institutions politico-administratives, DDASS, collectivités territoriales et préfectures, contribuent à ce qu'en direction des consommateurs de drogues en errance urbaine, des lignes directrices soient données aux différents professionnels concernés sur le terrain.**

A l'égard des professionnels, les institutions politico-administratives peuvent soutenir leurs dynamiques, en participant à la désignation et à la distinction des rôles de chacun. Professionnels, de la RDR ou non, de terrain ou non, participent à construire une visibilité des faits pour appuyer les prises de décisions. **La conceptualisation des actions de terrain est un élément qui en renforce l'opérationnalité.** C'est pourquoi, la formation continue est ici indiquée comme l'une des « prises » qui permettent d'élaborer la construction ascendante d'un référentiel. **Les professionnels qui agissent sur le terrain répondent à des logiques différentes tout en étant tous, dans une situation de proximité.** Au regard du bilan fait, développer ce dénominateur commun dans les pratiques est essentiel. Il améliore la complémentarité des approches vis-à-vis des consommateurs de drogues et la mise en place des moyens de coopération interprofessionnelle interne à la RDR et vis-à-vis des autres acteurs du droit commun et du territoire.

Projeter l'action selon une vision de proximité mobilise les acteurs sur une durée longue, alors que, faire consensus sur l'urgence sanitaire relève d'une ponctualité. Dès lors, agir en direction des consommateurs de drogues en errance urbaine inscrit l'objectif d'élaborer un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie des personnes. En d'autres termes, ce retour d'expériences sur les cinq ans démontre la possibilité de mettre en place des actions innovantes pour accompagner des consommateurs chronicisés dans la rue. Ces actions peuvent être considérées sous le seul registre de la ponctualité ou bien comme augurant d'une politique territoriale en direction de ce public à plus long terme.

5.1. *L'appui des institutions politico-administratives*

Lors du groupe de réflexion dédié aux acteurs politico-administratifs, l'importance du rôle du pilotage fut amplement soulignée. Sur les cinq ans, c'est souvent les préfectures (du 93 et du 75) qui ont soit initié la mise en place des réunions de concertation, soit joué un rôle de liant entre les acteurs. Ceci est physiquement repérable depuis le choix des lieux de rencontres. Ceci a pu être le Secrétariat Général de la Ville de Paris pour la Commanderie ou la Préfecture de Police pour le CFA. Le symbole démontre que si c'est un acteur qui impulse la rencontre, les autres institutions maintiennent leurs compétences dans la dynamique ouverte. L'action ne peut

se mettre en place sans le concours de chacune. Dans le secteur de la précarité et de l'intervention en direction de personnes SDF, le même type de question se pose aux acteurs :

« (...) L'intervention pose énormément la question du pilote. Ça marche bien, quand nos critères réunis et que c'est un espace vide où on a une collaboration suffisamment claire et fine avec la Préfecture de Police. Ça marche pas trop mal du point de vue opérationnel quand c'est la Police qui débloque parce qu'elle a l'habitude des opérations (...) mais on a du coup, une difficulté avec les associations. Il faut toujours pour que ça marche bien, la nécessité, quand c'est la Police qui pilote (...) que l'on soit à ses côtés pour entraîner l'ensemble des acteurs et puis entraîner nos services ».

Le moment de « l'évacuation » est ici aussi cité pour être un moment qui cristallise les différences entre acteurs. Par rapport à la gestion des sites de regroupements, les temps de réunion permettent de mettre au point un accord sur le mode opératoire. Ces rencontres permettent systématiquement de repositionner les apports respectifs entre les compétences territoriales, administratives et professionnelles. Pour les structures de terrain, elles ont un rôle moteur dans leur mobilisation dans l'action parce qu'elles représentent la garantie qu'un dialogue se construit sur le sens à donner à l'action collective. Ces rencontres contribuent à ce que sur le terrain les éventuels freins que peuvent poser les différentes représentations en direction des consommateurs de drogues tendent à être dépassés (cf. 5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles). Les différences de logiques sont ainsi vécues, non pas comme une hétérogénéité morcelée, mais comme une complémentarité dans une vision globale.

5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions

Très souvent au cours des groupes de paroles il était question des « mandats » qui donnaient lieu à la désignation de la structure référente pour réaliser l'intervention collective. Or seul le site de La Briche, du fait de son positionnement transfrontalier aux collectivités, a suscité la rédaction d'un cahier des charges. Il a permis la mise en place d'une action collective où les apports des différentes logiques professionnelles étaient indiqués. Il a donc contribué à agir comme un mécanisme intégrateur favorisant la mobilisation et l'implication des acteurs.

En dehors de ce site, il semble que les « mandats » sont en fait davantage des réaffirmations informelles de mission, des autorisations à sortir des zones habituelles du territoire pour explorer le site. Le cas est notamment repérable à travers les dates où les structures autres que celle qui initie l'exploration sur site, commencent à entrer dans une logique d'action collective. **Certaines structures attendent un signal de positionnement de la part des institutions.** Cette attente est illustrative des freins qui se posent à l'action collective (les limites territoriales, le peu de perspectives d'hébergements en aval...). Sur la Commanderie notamment, il est intéressant de constater qu'il s'agit du seul site où une autre structure que Coordination Toxicomanies est désignée pour réaliser l'évaluation. Puis, dans un second temps, celle-ci est à nouveau désignée, pour mener l'évaluation formelle et préparer le dispositif de sortie. Il y a donc eu au cours du déroulement de l'intervention le choix de modifier la structure référente pour l'évaluation et l'organisation du dispositif de sortie. **En deçà d'un cahier des charges, pour les sites parisiens c'est au cours de réunions dédiées ou non que s'établit la désignation de la structure porteuse de la logistique de la coopération et du recueil de**

données. En l'occurrence Coordination Toxicomanies a des compétences spécifiques pour jouer ce rôle qui font qu'elle est souvent désignée. **La désignation des rôles n'a rien de formelle, mais elle acte une reconnaissance des compétences à agir qui joue un rôle dans la manière dont les structures investissent et font vivre leurs missions de CAARUDs.** S'il n'est pas possible de parler de « mandat » au sens strict du terme, du moins s'agit-il de la réaffirmation des missions des CAARUDs en dehors de leurs zones habituelles de compétences. Il est possible de retrouver ici, comment les lieux et les temps d'échanges importent pour la bonne circulation des informations et l'élaboration de consensus d'action.

En effet sur les sites passés, il est remarquable que lorsque la répartition des rôles est posée et que le propriétaire du site n'est pas un particulier, alors les intervenants de la RDR développent dans le long terme un travail socio-éducatif sur site, sans heurts particuliers. La compilation des événements passés montre qu'une fois un consensus politico-administratif établi, alors les pratiques de terrain se mettent collectivement en place. Par exemple, les professionnels **entrent sur site en suivant la logique de « l'invitation » et en s'appuyant mutuellement dans leur ordre chronologique d'implication, et non selon la seule orientation de l'autorisation institutionnelle.** De la reconnaissance institutionnelle de l'action collective découle une planification de l'évacuation dans une logique médico-sociale (l'obtention d'hébergements, l'engagement des représentants de la sécurité publique à ne pas relever d'infraction sur les stupéfiants ou sur les étrangers, mise à disposition de véhicules, etc.). Il reste les freins préalablement cités, comme sur le renseignement collectif de l'évaluation socio-sanitaire des situations des consommateurs.

Une intervenante de terrain sur Saint-Denis remarque que les ressources dans cette ville sont différentes sur Paris. Saint-Denis a développé un savoir-faire de proximité via notamment l'implication des conseils de quartier et de leurs référents. Il lui manquerait à s'appuyer sur une offre plus étoffée d'intervenants de la RDR. Sur Paris, l'action est davantage amenée via le secteur de la RDR. La dimension de proximité est portée soit par Coordination Toxicomanies, soit la DPP-ASA. **Une responsable associative a le ressenti que les élus de la Seine-Saint-Denis ont acquis un discours sur les actions de proximité en direction de problématiques de santé mentale ou d'addiction.** Ces différences résultent sans doute d'une histoire différente de l'inscription de la toxicomanie et de la lutte à son encontre sur les territoires. Le positif est qu'une forte complémentarité de savoirs peut en être retirée. Sans que l'une ou l'autre configuration soit nécessairement plus pertinente, il est intéressant d'aller vers le partage d'expériences entre les professionnels des deux départements (cf. 5.2.2. La formation continue des professionnels).

Une autre dimension remarquable dans l'appui que les institutions politico-administratives peuvent fournir aux structures de terrain est, à nouveau le dégagement de temps de rencontres, mais cette fois, pour approfondir la conceptualisation possible de l'action collective. Par exemple, lors des écrits, il est plusieurs fois fait mention de projets alternatifs, ni hébergement institutionnel, ni site laissé à son autogestion. Ce type de projet, annonciateur du projet PROSES dans la Seine-Saint-Denis, était déjà en germe et fut proposé aux autorités dès le CFA 1 (2004) avec les Algecos et le CFA 2 (2006), avec la proposition « d'un village » sur la gare des Minimes. **Toutefois, si sur le CFA 1 des raisons de sécurité ont été clairement apportées par les institutions pour motiver la non pertinence de projet, sur le CFA 2 aucune objection stricte n'est observée mais aucune rencontre spécifique ne fait mention d'une réflexion sur les possibilités pratiques d'un tel projet.**

5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles

Une représentante de collectivité territoriale a décrit comment les réunions de concertation, puis leurs poursuites en parallèle de l'action, permettent d'améliorer celle-ci :

« Il me semble que pour avoir assisté à l'ensemble des réunions qui se sont tenues en Sous-Préfecture de Seine-Saint-Denis pendant 18 mois, au rythme d'une par mois ou toutes les 6 semaines selon les difficultés ; on a vu autour de la table l'ensemble des acteurs qui contribuaient à la gestion, à la régulation du site, les acteurs de la sécurité urbaine, les acteurs sanitaires et sociaux, mais également des acteurs qui ne sont pas du tout spécialisés dans l'un ou dans l'autre, à savoir les propriétaires d'emprises, des représentants de la SNCF, bref, toutes les parties prenantes étaient là. Ce qui était absolument intéressant au cours de ces travaux, c'est l'évolution des questions des uns et des autres, l'ouverture des intervenants policiers à l'apport des intervenants du champ spécialisé et également l'intégration dans le champ spécialisé que le point de vue ne pouvait pas être uniquement le porte-parole des usagers de drogues, mais au contraire un point de vue global qui intègre plusieurs dimensions, à savoir comme objectif commun, la tranquillité publique et le respect aussi de la dignité des usagers ».

Au cours des différents groupes, une des questions centrales étaient constamment la circulation des informations, que ce soit en interne de la RDR ou bien dans la coopération avec des secteurs ressources pour le déroulement de l'intervention ante et post-évacuation. Cette question se posait notamment pour les champs de la psychiatrie, du social et de la Sécurité Publique. L'orientation adoptée pour la mise en place d'une action collective, dépend de cette circulation effective ou non d'informations, ainsi que des discussions auxquelles elle donne lieu. **Favoriser un cadre de discussion permet aux acteurs de mieux cerner et de rapprocher les intérêts communs qu'ils ont.** Au cours de l'un des groupes, il fut rappelé le rôle des Contrats Locaux de Sécurité (CLS), qui sont un lieu d'échange possible :

« (...) On pourrait envisager soit un groupe de travail, soit un atelier qui permettrait avec les acteurs locaux en charge de ces questions de les travailler plus particulièrement : comment on communique sur ces sujets lorsque l'on sait qu'il y a un site, voir en amont, quels sont les connaissances réciproques, les objectifs réciproques. Les élus sont concernés en premier chef. ».

Sur les cinq ans, il semble que cet outil fut parfois partagé, par invitation, avec des structures spécialisées. Sur les cinq ans, il semble que ceci s'est fait de manière très aléatoire. Pour autant, maintenir et favoriser les échanges est d'autant plus essentiel que les acteurs ont à mener un véritable apprentissage du travail ensemble. Ne serait ce qu'au-delà des flous autour des notions d'anonymats, confidentialités, secret partagé etc., parce que la première difficulté qu'ils rencontrent est de s'exprimer avec des vocabulaires professionnels différents, à propos de même sujets, consommateurs et qualifications des sites.

En direction des consommateurs de drogues

Les consommateurs de drogues sont des publics concernés par plusieurs types de politiques publiques. Cette interdépendance de logiques existe tant d'un point de vue macro (l'orientation globale donnée à l'action collective) que micro (la coopération entre les professionnels de terrain). Lors d'un groupe de travail, une responsable d'association remarque le parallélisme

entre la situation locale avec la gestion des sites de regroupements et la prise en charge des toxicomanes en milieu hospitalier au début des années 90 :

« (...) ceci m'évoque des problèmes de Santé Publique il y a quelques années où quand même on a trouvé bon an mal an avec le VIH des voies de collaboration qui n'existaient pas. Des gens toxicos, malades du VIH, qui ne pouvaient pas se faire soigner dans les hôpitaux, on a créé ce qu'il fallait pour que la liaison se fasse et qu'ils se fassent soigner. Donc, là il y a vraiment ces situations locales sur lesquelles nous travaillons et puis derrière quelle politique on va pouvoir avancer, proposer, orienter, et ça, à travers l'ensemble des logiques des uns et des autres (...) ».

Dans le champ de la RDR, les intervenants ont globalement une image commune des consommateurs. En raison des trajectoires professionnelles et des spécificités des structures (plus ou moins sanitaire, communautaire ou psychiatrique), des différences subsistent. Elles ne sont pas toutefois perçues par les intervenants, comme un réel obstacle pour la mise en place de l'action (cf. 3.2.2. La complémentarité des apports des structures autour des consommateurs de drogues). Elles se traduisent dans des postures professionnelles variées qui consacrent des usages différents des médiums relationnels ou de la façon d'être sur site.

Les différences de perceptions en direction des consommateurs de drogues sont plus perceptibles entre le champ de la RDR et les autres champs, comme le social ou la Sécurité Publique. Pour ce dernier champ, les représentations influencent notamment la conception du dispositif de sortie, comme il est abordé dans le paragraphe suivant. Le consommateur de drogues est perçu, bien logiquement, selon l'angle juridique et l'action répressive à l'encontre d'un comportement délictueux. Pour la situation spécifique et locale de la création répétée de sites, le regroupement de consommateurs est assimilé à la présence de trafic. Pourtant, au cours des vingt dernières années l'évolution du marché de psychoactifs sur le nord-est francilien se poursuit indépendamment de l'emplacement des sites. La connexion n'est pas forcément évidente, du moins, sur l'historique du marché des drogues sur Paris, ce ne sont pas les sites qui orientent l'emplacement du marché. Leurs créations par contre est constamment à proximité de l'aire géographique de revente. **Depuis les éléments recueillis sur les usagers de drogues qui fréquentent les sites, il est possible d'avancer qu'ils sont plus proches d'usagers dépendants que de revendeurs-consommateurs. Il n'est pas évident que les consommateurs aient un rôle important de vendeurs au sein d'une filière ou bien que les sites visés jouent un rôle dans la localisation ou le repli des vendeurs. Les consommateurs les plus anciens semblent jouer au maximum un rôle d'intermédiaire occasionnel.** Il peut y avoir du trafic, mais il s'agit plus d'achats communs, de commissions ou de reconditionnement. Cette dernière activité suscite par ailleurs souvent la colère des revendeurs, qui eux, sont situés à proximité mais à l'extérieur des sites. Aussi, dans le but d'une plus grande démarche concertée entre intervenants de la Réduction des Risques et Sécurité Publique, **il serait intéressant de poursuivre le débat entre ces champs sur les inconvénients et avantages entre évacuation concertée et sèche. Une part manquante de cette étude est le regard et les attentes de la Sécurité Publique. Si l'objectif premier est bien une lutte pérenne contre un trafic local alors il semble que l'action policière en direction des occupants des sites peut renseigner pour remonter les filières mais non couper l'alimentation du marché.**

Par rapport au social, il est déjà cité précédemment comment les différences de représentations jouent un rôle de frein dans la coopération au niveau de l'hébergement et de la RDR. (cf. 4.2. Des freins persistants dans l'articulation entre la RDR et les autres secteurs professionnels). Ces différences de représentation contribuent à freiner la bonne articulation entre l'intervention

médico-sociale post-évacuation et l'offre d'hébergement en droit commun (cf. 4.4.2 Les offres du droit commun, un accès mince et fragile). Il est à remarquer que les consommateurs de drogues reçus par le droit commun bénéficient d'un diagnostic et d'un suivi, souvent approfondis. **Aussi, un intervenant de terrain décrivait comment les conditions posées à l'hébergement l'avaient surpris, comme autant d'obligations de résultats au cours des 3 mois pour accéder à ces ressources. A contrario, un professionnel plus proche du secteur de la précarité manifestait sa surprise devant la qualité des bilans établis sur les situations et suivies. Il y a donc là, un paradoxe suggéré qui n'est pas mis à plat.** A propos de l'hébergement, les institutions politico-administratives (et notamment la DASS 75) ont appuyé sur les derniers sites l'action des intervenants en appuyant l'entrée individuelle de consommateurs dans le système d'hébergement.

L'existence de multiples représentations autour du consommateur de drogues renvoie à l'interministérialité de la politique publique en direction des drogues. Elles illustrent la difficulté de catégoriser de manière univoque les consommateurs de drogues en tant que public cible de politiques publiques. Du côté de la Justice et de la Sécurité Publique, il est par exemple bien connu l'aménagement de peine entre un usager revendeur, un usager dépendant, un usager occasionnel et un revendeur. Du côté de l'hébergement, la catégorisation du consommateur est scindée entre « le toxicomane », figure relevant du sanitaire, et le SDF, relevant lui du social. Concrètement, les prises en charge se déclinent selon un suivi avec des professionnels du secteur RDR, et hébergés par la cohésion sociale. Selon une analyse administrative de la répartition des consommateurs de drogues dans les politiques publiques, les plus précarisés d'entre eux apparaissent scindés entre l'apport d'actions légitimées selon le caractère sanitaire d'urgence et la nécessité de solutions d'hébergement durables, destinées à prendre en compte la temporalité de l'addiction (cf. 5.3. L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine).

En direction des sites

Les différentes de logiques professionnelles se manifestent en direction du consommateur de drogues, durant l'implantation, la période post-évacuation. Ou, plus précisément dans le relai entre le secteur de l'addictologie et le secteur du droit commun. Elles se manifestent donc dans le processus de concertation inter-professionnelle et institutionnelle, en tant que mode de gestion des sites. Les sites, squats et scènes renvoient à une pratique dont plusieurs publics se saisissent. Il s'agit de s'installer illégalement dans un logement ou un local inoccupés, sans droit ni titre. La scène est à peu de chose près la même pratique, sauf que l'habitat ainsi généré apparaît comme plus spontané et créé. Dans le rapport *Les formes urbaines de l'errance : lieux, circuits et parcours*, les auteurs attirent l'attention du lecteur sur le fait qu'il existe plusieurs types de publics correspondants à plusieurs sites³¹ :

« - les squats d'activité : ils sont en général collectifs, aménagés et axés sur un projet. Ce sont des squats de militants ou d'artistes, relativement durables car leurs occupants savent utiliser les règles de droit qui leur sont favorables. Ils fonctionnent de manière très normée, avec un ensemble de règles et de normes auto-produites et auto-contrôlées.

- les squats d'habitation : ce sont de petits appartements plutôt délabrés et insalubres, refuges pour une population très paupérisée et souvent sans droits (étrangers sans

³¹ Sous la direction de Bordreuil J-S., Péraldi M., *Les formes urbaines de l'errance : lieux, circuits et parcours*, éd. Lames, Aix-En-Provence, septembre 2001.

papiers, jeunes sans ressources, toxicomanes, familles nombreuses non logées). Ils sont individuels ou familiaux, rarement collectifs.

Ce sont des abris fragiles et leurs habitants sont très exposés à l'expulsion.

- les squats payants : ils abritent des activités illicites ou délinquantes. On les dits payants car leurs occupants doivent payer un droit d'entrée mais aussi car ils ont un coût moral à supporter (dangerosité, risques de violence). ».

Les sites visés par cette étude ne correspondent pas à cette catégorisation. Le fait est que pour la France, aucune analyse correspondante n'a été repérée. A la rigueur, les sites visés trouvent en comparaison un écho avec les interventions du secteur de la précarité menées en direction des personnes SDF. Leurs pratiques créent une privatisation de l'espace public. Ce point est détaillé un peu plus bas, dans ce même paragraphe.

Par rapport aux catégories ci-dessus, les sites visés dans l'étude ne sont clairement pas des squats d'habitation. Ils ont cette fonction parmi d'autres. Mais leur aménagement (plus des zones industrielles que des appartements) et leurs sur-fréquentations les distinguent de cette catégorie. Par contre, il est à signaler que ces types de squats existent par ailleurs pour des consommateurs. Avant la période de réhabilitation du 18^{ème} arrondissement, ces « spots » selon le vocabulaire de la RDR étaient nombreux. Ils subsistent dans une moindre mesure, pas forcément en appartement. Ce peut-être des caves, des garages, ou bien plus proches encore une fois des pratiques des personnes SDF, dans des halls d'immeubles.

Les deux autres catégories, squats d'activité et squat payant suscitent plus de confusion avec les sites concernés par l'étude. La dernière catégorie est plus proche d'une lecture selon l'angle de la Sécurité Publique, l'autre est souvent perçue par les intervenants de terrain comme un modèle auquel les sites de consommateurs pourraient être assimilés. Ces deux points de vue prêtent à discussion.

Bien que le champ de la Sécurité Publique soit peu renseigné au cours de l'étude, il semble que pour les représentants de ce champ, les sites visés sont assimilés à la catégorie « des squats payants », en raison de l'illégalité des pratiques. De fait, le constat impose un recours à la Justice et aux forces policières :

« - Cela signifie donc que l'on ne fera jamais l'économie de CRS pour évacuer un squat parce qu'il faut malgré tout avoir des personnels formés aux problématiques de troubles à l'ordre public. ».

Le choix d'envoyer tel ou tel type de professionnels de la Sécurité Publique a beaucoup interrogé lors des groupes. **Le propos ci-dessus est nuancé par le retour sur les cinq ans d'interventions. Il montre que l'ampleur de la présence policière peut être fortement restreinte. Globalement, il y a sur les cinq ans une réduction des effectifs mobilisés, ainsi que le choix d'aller davantage vers des corps professionnels qui sont plus proches du registre de la proximité (vététiste, agents à pied), que de l'ordre public. Cette tendance est parfois écartée pour un choix plus rapide, une évacuation sans concertation avec le secteur de la RDR, voire sans avis de Justice. Comme il est dit, il serait intéressant de davantage échanger avec les représentants de la Sécurité Publique pour cerner, aux regards de leurs obligations et en deçà de l'illégalité du squat, qu'est ce qui motive le choix d'évacuer ou non en concertation avec le secteur médico-social :**

« - Elles (les évacuations) sont préparées, elles divergent sans doute dans leurs manières de faire, mais elles sont préparées au regard des informations dont la Police dispose. Peut-être que ces informations ont besoin dans certain cas d'être davantage intégrées, élargies. ».

Le bénéfice qui pourrait être retiré de l'amélioration du dialogue entre les secteurs a été abordé, sans que se pose un véritable échange sur les attentes mutuelles. **Aussi, il est supposé que pour les acteurs de la Sécurité Publique, les sites visés dans cette étude sont générateurs de trafic.** Un des exemples les plus concrets est démontré par le squat Charles Michel (entrepôt). Celui-ci est mentionné dans la chronologie en annexe. Il s'agissait d'un site tenu par des revendeurs. Les équipes n'y ont pas pénétré. La différence avec les sites concernés ici est bien nette. Pour ceux-ci, il y a une ouverture, voire une demande de maintien de lien avec l'extérieur alors que les sites comme Charles Michel sont fortement inaccessibles.

Un tel constat demande à repositionner les intérêts qu'il existe en terme de lutte contre le trafic à évacuer les sites visés. Une approche par le territoire demanderait peut être de davantage marquer la mise en action de personnels de la Sécurité Publique relevant soit de la proximité soit de la Brigade des Stupéfiants.

Du côté des acteurs de la RDR, la présence du produit est un élément fort, mais il intègre le paysage quotidien des interventions au point que sa présence semble aller de soi. Il fait partie intégrante de l'approche des consommateurs. En même temps, c'est aussi l'une des causes qui conduit à ce que l'installation reste quelque chose d'éphémère et non de pérenne et que la situation devienne intenable tant pour les usagers que les différents professionnels. En même temps, il est vu comment une part des consommateurs précurseurs dans la mise en place des sites revendique une forme de communauté. Pour les intervenants, il y a une interrogation à comprendre les bases de cette communauté :

« Ils ont aussi envie d'être ensemble. Il ne faut pas réduire le squat au produit. C'est le fait d'être ensemble. ».

« Mais être ensemble pourquoi ? Pour consommer ou pour autre chose ? ».

Selon les caractéristiques des consommateurs, il semble que la dépendance au produit soit effectivement un lien aussi intense qu'irrégulier (cf. 1.1.3). A cette dimension, il est nécessaire de compter sur les années communes de chronicisation dans l'errance sur le territoire, ainsi que des origines culturelles similaires. Il y a bien une forme de collectif, qui pour autant est difficilement assimilable à des squats dits d'activité.

Parfois pour les intervenants, derrière une intervention collective sur site se dessine en creux l'idéal des squats autogérés et pérennes. Par exemple, lors d'un précédent paragraphe, un intervenant cite l'existence de sites de ce type sur la capitale (cf. 1.4.2 Une temporalité cyclique). D'autres personnes ont rappelé l'existence des baux précaires et des sites régis sur ce type de contrat dans des villes limitrophes à la Capitale.

Mais, à commencer par l'absence de régulation sur la consommation de produit, bien d'autres éléments demandent à éviter d'assimiler les possibles d'une intervention médico-sociale sur site avec de tels lieux. Le profil socio-économique des personnes pionnières dans la constitution des sites est différent de celui des personnes qui occupent des lieux et négocient des baux précaires. Par ailleurs, un autre intervenant faisait remarquer que le public visé squatte des lieux avec souvent une architecture différente de ceux où les occupants obtiennent un bail précaire. Aussi, si un transfert pur et simple entre « squat d'activité » et sites de consommateurs de drogues est faussé, du moins le parallélisme ouvre pour ces derniers des pistes de réflexions sur les possibilités et contraintes pour améliorer leur encadrement. Cette évocation des sites autogérés interpelle la capacité de l'intervention collective à étayer les personnes dans leur choix de vie (via les axes de l'hygiène, de la mobilisation communautaire...).

En dehors de la catégorisation proposée par les auteurs du rapport sur « *Les formes urbaines de l'errance* », la gestion des sites étudiés ici évoque fortement les actions en direction des personnes SDF. A la base, se trouve la même notion de personne en danger.

« (...) De plus en plus avec l'accord des gens et notamment on obtient assez facilement l'accord des gens avec la notion de danger (...). On commence à se former à une manière d'intervenir vis-à-vis des personnes à la rue. On a en gros véritablement trois entrées. La première elle est sécuritaire, la sécurité des personnes concernées, les voisins et celle du personnel qui va intervenir soit dans les lieux vides, soit dans l'espace public. (...). La deuxième entrée qui pour nous est tout aussi importante, c'est la réappropriation de l'espace public. C'est par des critères qui impactent l'environnement, il ne peut pas y avoir de lieux dans lesquels on ne peut pas aller (...). Et la troisième entrée c'est pour les personnes concernées, en l'occurrence ici le terme plus général des SDF, l'accessibilité aux droits communs ou spécialisés. Quand on a rassemblé un certain nombre d'éléments sur ces trois critères-là, à un moment donné se pose la question de l'intervention. ».

L'intervention en direction des personnes SDF, pose aussi les mêmes difficultés de coopération lors de l'évacuation.

« (...) de plus en plus elles se font avec des forces de police restreinte (...). Quand c'est la Police qui pilote, (...), il y a la nécessité que l'on soit à ses côtés pour entraîner l'ensemble des acteurs et puis entraîner nos services, les services de la Ville, là aussi, c'est quelque chose qui n'est pas la moindre, mais on commence là à faire quelque chose de plus en plus transversal. ».

Entre les interventions collectives sur site et les actions de la précarité, la dimension la plus significative de la pertinence d'un rapprochement est sans doute le fait qu'une marge de tolérance est repérable. Dans un cas, il y a la volonté de ne pas priver la personne du peu qu'elle construit autour d'elle :

« On en est à travailler avec la direction de la propreté, où effectivement on en est à nettoyer dans l'espace public autour d'une personne SDF un espace privé et faire attention à lui laisser son aménagement, parce quelle n'a que ça. C'est-à-dire que on peut laisser le canapé, c'est arrivé à Jaurès, on ne détruit pas tout. Il y a des choses auxquelles les gens tiennent, il y a un espace, ils ont que ça comme espace privé dans l'espace public. Il ne s'agit pas de les laisser déborder (...) et il ne s'agit pas non plus de tout enlever parce que les gens de la rue subissent. ».

Du côté des sites des consommateurs de drogues, il est possible de déceler cette volonté de laisser la possibilité d'un lieu aux personnes dans le décalage existant entre la date de délivrance du référé et son exécution (cf. 2.6 Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives).

Ces similitudes entre les actions du côté de la RDR et de la précarité incitent à penser qu'il est possible pour les professionnels d'approfondir des pratiques d'accompagnement, à mi-chemin entre une intervention sur site et un hébergement classique (cf. 5.3 L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire des consommateurs de drogues en errance urbaine).

5.2. Construire une RDR efficiente

Le bilan des actions collectives sur ces dernières années est porteur d'améliorations qui concernent tant l'approche des sites visés que des évolutions générales au champ. Ainsi, la thématique des outils communs et de leurs renseignements renvoie à ce qui est préexistant dans chaque structure. La majorité des CAARUDs fonctionnent sur une analyse de leurs activités à travers le flux des personnes et des stocks de matériels. Mais, l'opérationnalité des outils n'a pas le même degré selon les structures. C'est là un exemple d'évolution nécessaire et générale au champ. De la même façon, l'évaluation de l'activité qu'il est possible de faire interroge la stabilité des indicateurs dans le temps (sur plusieurs années) et de leurs choix. Le bilan des actions collectives souligne toute la pertinence et le besoin de poursuivre l'établissement d'un référentiel-qualité, de bonnes pratiques et d'évaluation interne dans les structures. A plus long terme, l'opérationnalité des outils demande au secteur de préparer l'informatisation des données.

La construction d'une RDR efficiente repose sur la poursuite de la professionnalisation du secteur. Une formation qui ne repose pas tant sur les métiers de base des intervenants que d'une part, l'ouverture sur les autres secteurs via le dénominateur commun de la proximité et d'autre part, un approfondissement de l'appropriation des techniques d'élaboration du partenariat. Par ailleurs, une amélioration des actions collectives en direction des sites passe par une modification, une évolution d'actions qui sont en lien. Elles permettent de dégager davantage le champ des possibles dans la gestion des sites.

5.2.1. Des actions à soutenir, débattre et développer

Une part de ces actions a une visée très généraliste. Par exemple, des responsables de structures interrogent la méthode de communication en direction des médias. Autre exemple, l'amélioration des interventions sur site passe aussi par **des avancées sur le matériel de prévention utilisé** (projet « pipes à crack » - passage des doseurs en verre aux doseurs en pyrex). D'une manière globale, le champ est localement dans **une dynamique collective de portage de projets à but d'éducation à la santé** (projet Fibroscan entre l'Association Charonne, Ego et Gaïa Paris). Par ailleurs, la réflexion sur les améliorations possibles autour de l'intervention collective sur site, fait écho au **débat sur la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque**. Effectivement, les données recueillies décrivent les sites comme des lieux certes d'habitat, mais aussi de consommation plus que de vente. Les usagers périphériques notamment s'y rendent dans ce but, pour quelques heures à plusieurs jours. Pour réguler la fréquentation des sites et le phénomène d'emballement constaté, la mise en place d'une telle salle pourrait y contribuer. Il s'agirait d'y anticiper l'inclusion d'un espace pour la consommation de crack. En la matière, les résultats formulés par la prospection des expériences européennes aideront à faire la différence entre les avantages et inconvénients d'un tel site.

Dans la périphérie des interventions collectives sur site, il s'agit à côté des actions internes au champ de développer les échanges et la définition des besoins avec des secteurs collatéraux. Les grandes thématiques prioritaires sont l'hébergement pour les femmes et le dialogue avec la Sécurité Publique. Par rapport à l'offre d'hébergement mixte, qui elle-même reste insuffisante pour couvrir les besoins, **la disponibilité de l'offre en direction des femmes aurait un taux encore plus bas**. Son amélioration est un point fort. Depuis 2007, des études en lien avec la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France (MIPES) ainsi que l'enquête des DRASS IDF en 2005 sur la présence des femmes dans les structures

d'hébergement, tendent à poser ce constat. **Il s'agirait d'étayer davantage l'analyse sur ce volet.** Cette remarque sur l'offre d'hébergement en direction des femmes devrait également observer si une distinction est à réaliser entre le public des précarisées et des consommatrices de drogues.

Egalement, sur l'ouverture à d'autres secteurs professionnels, il est déjà mentionné comment les CLS peuvent être des lieux d'échanges entre Sécurité Publique et CAARUDs (cf. 5.1.2 Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles). S'il ne s'agit pas de travailler aux modalités d'un partage d'information, du moins l'action collective retire des bénéfices de l'expression précise des attentes respectives. **Aussi, il serait souhaitable que les CAARUDs puissent participer aux CLS à titre d'observateurs et selon un objectif de veille sociale.** Le renouvellement du CUCS l'an dernier sur Paris ainsi que les élections régionales de 2010 peuvent renforcer la concertation entre représentants, en maintenant l'invitation de s'y rendre pour les différents acteurs.

Enfin, lors des paragraphes sur les esquisses de partenariat et freins existants entre secteurs, il est souligné la diversité des interlocuteurs possibles. La mise en lien des réseaux implique un effort constant pour maintenir et renouveler la visibilité des ressources sur un territoire. La lisibilité de leur identification appelle au maintien et à l'actualisation d'outils-ressources, tel que par exemple les guides de l'ORS IDF.

5.2.2. La formation continue des professionnels

La connaissance des ressources disponibles intègre pour une part de l'effort des intervenants sur site, de toutes professions, à continuer leurs formations. **Ce thème est abordé ici dans l'optique d'amener les équipes et responsables à poursuivre la valorisation de leurs pratiques ainsi que d'être plus à même d'échanger sur la place de leurs logiques professionnelles dans l'élaboration d'actions locales.** Aussi, il ne s'agit pas tant dans ce paragraphe d'aborder des éléments pratico-pratiques sur l'amélioration de l'intervention collective³². Toutes les propositions qui peuvent être faites sur ce sujet sont à discuter avec les acteurs. **Il s'agit davantage de mettre en avant les éléments de fond qui travaillent à favoriser la reconduite et le développement des interventions collectives.** C'est une étape préalable pour que les différents acteurs maintiennent le dialogue, afin d'approfondir la concertation et poser des consensus sur l'orientation de l'action.

Pour les intervenants sur site, leurs logiques d'action sont très proches. Elles s'articulent autour du triptyque travail de rue/travail en proximité/travail collectif ou communautaire. Par exemple, une intervenante rappelle qu'entre la culture des métiers de proximité et celle des CAARUDs, il existe une **culture opératoire commune, de veille, de vigilance, qui tient compte de l'impact de la gestion du territoire avec la présence des consommateurs de drogues.** Il est possible de retrouver ci-dessous les éléments qui fonctionnent comme un socle commun de savoirs. **Le but est de favoriser la transmission des savoir-faire entre plusieurs professions au sujet d'une même thématique.** Les formations des différents professionnels, y compris pour les éducateurs spécialisés, comprennent très peu de modules transversaux spécialisés sur la toxicomanie. **Inclure des moments de formations sur la gestion des consommateurs de drogues dans une interaction professionnelle de proximité peut contribuer à lever les freins existants, en invitant à rencontrer les**

³² Voir en annexe.

difficultés, besoins et contraintes de chacun. La notion de proximité est le terme qui semble être le plus pertinent pour rendre compte d'une culture commune. En renvoyant au critère géographique et au public visé, il permet de mieux penser l'action en lien avec celui-ci dans une inscription territoriale.

Une formation à visée généraliste : l'intervention professionnelle en situation de proximité

Donner aux acteurs locaux un accès à une formation sur une problématique commune permet notamment de travailler sur **les interrogations qui freinent à la concertation** et au lancement d'une intervention collective. Par exemple, il fut souvent **question dans les groupes de la pertinence ou non de verbaliser et signaler la création des sites, tant en interne de la RDR qu'auprès des autres professions** (cf. 4.1.1 Une non systématique du signalement du repérage des sites et de la concertation). Or, sur les cinq ans il semble que la **non-concertation interne aux structures de la RDR dessert sur le long terme des objectifs d'accompagnement socio-sanitaire. Dans le cas où les concertations entre structures peinent à se mettre en œuvre, il est constaté que la gestion du phénomène des sites s'achemine alors plus souvent vers une évacuation sèche** (cf. 2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives). Le laps de temps qui s'écoule entre la diffusion de l'existence d'un site dans les réseaux et une prise de décision concernant sa gestion contribue alors soit pour une part à orienter le sens de l'action vers une évacuation sèche, soit pour une autre part, à faire survenir le moment où un « point de non retour » est atteint. Ce « point » ou palier représente le moment où une demande d'aide de la part des usagers est explicitement formulée auprès des intervenants de la RDR (cf. 2.1.1. L'entrée sur site). Souvent, le lieu est alors dans un état de dégradation avancée et les tensions sur site relativement fortes. L'intervention collective se met alors en place, davantage sur le consensus de l'urgence sanitaire que sur celui de l'accompagnement médico-social (cf. 2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives). **Ce constat invite donc à prendre en considération la nécessité d'une réactivité, d'une part pour éviter l'instauration d'un état d'urgence et d'autre part pour que l'intervention se place sur le consensus d'un accompagnement socio-sanitaire plus qu'un accompagnement dans un dispositif de sortie.**

C'est dans ce sens que l'accès à une formation commune autour du triptyque travail de rue/proximité/action collective, peut jouer un rôle. Les professions sont évidemment concernées à différents titres et à différents degrés. La proposition de modules communs de formation peut être aménagée en tenant compte de ces différences. Le travail de rue, dans sa dimension d'observation et d'évaluation, renvoie davantage aux intervenants de la RDR. Par extension, le travail communautaire peut être inclus dans sa pratique. Il s'ouvre aussi aux professionnels qui facilitent la mise en place de moyens « macro » sur la gestion de l'hygiène du lieu (DPP-ASA, référent de quartier). Le travail de proximité est le maillon sur lequel l'ensemble des professionnels, y compris de la Sécurité Publique, sont concernés. Dans une complémentarité des logiques professionnelles, il introduit une dynamique qui repositionne les consommateurs de drogues dans une action de médiation et d'inscription territoriale. **Un module commun de formation est le moyen qui permet aux intervenants de se rencontrer, en dehors de la cristallisation des logiques professionnelles lors de l'évacuation des sites. Il vise à améliorer l'articulation et la coopération des acteurs pour une meilleure efficacité et efficience.** C'est une ouverture possible pour améliorer l'adaptation des approches en fonction des publics et des situations. **Sa conséquence est de créer les conditions favorables à un échange sur les pratiques, sur les représentations professionnelles, autour de thématiques**

communes. Il travaille indirectement les éléments qui font que les intervenants peuvent se percevoir comme opposés dans leurs logiques. Il induit une harmonisation, ce terme désignant non pas l'aplanissement, l'uniformisation des différences, mais la complémentarité entre les logiques et façons de faire. Son effet est de poser les délimitations des objectifs communs et respectifs. Ce qui rejoint l'élaboration de la démarche partenariale entre acteurs.

Les fondements du travail de rue consistent en la création des conditions de la rencontre. Ils regroupent un savoir-faire en matière d'observation, de décodage et d'évaluation des situations. Ils renvoient aussi à une forme de savoir-faire sur la manière dont l'intervenant se met en interaction avec le public visé. Ni médecin, ni psychologue ou psychiatre, l'éducateur spécialisé se trouve des marqueurs verbaux, un style d'expression qui lui permet de se faire remarquer et reconnaître. Sans revendiquer une familiarité ou une similarité, il accepte et invite à la rencontre. Il est inutile ici de développer l'ensemble des éléments caractérisant la profession d'éducateur spécialisé, mais il est essentiel de faire plusieurs rappels. Malgré la formation des professionnels, ce savoir-faire se forge souvent sur le terrain. C'est-à-dire que s'il est intégré, il fait peu l'objet d'une objectivation de la part de chaque professionnel. De plus, c'est un type de savoir dont la valeur peut s'amoindrir au fur et à mesure des années, s'il n'est pas régulièrement revalorisé par un apport réflexif. En effet, il peut s'amenuiser au profit d'un quotidien, d'une routine, qui ne porte plus un regard critique sur son environnement.

Le travail de rue englobe des techniques relationnelles qui s'inscrivent dans un travail de proximité. L'anonymat, la gratuité, la libre adhésion et le non-jugement concernent également des métiers autres qu'éducateur spécialisé. Travailler sur les techniques communes renforce la cohésion interne du secteur de la RDR et favorise le rapprochement avec des secteurs professionnels différents. Comme exemple des techniques relationnelles communes, il est possible de citer la réflexion que les professionnels posent sur le rôle donné à chaque objet, service, dans le tissage d'une interconnaissance sur le long terme et avec une visée socio-éducative (cf. 2.2.1. Les tâches communes aux CAARUDs). C'est parmi d'autres exemples possibles, la traditionnelle différence entre la première demande et la seconde demande. Créer du lien, le maintenir et le transmettre, sont des actes qui demandent dès lors une compétence technique autour de la verbalisation et de l'écoute. Selon la disponibilité de la personne à s'engager dans des démarches socio-sanitaires, l'écoute est plus ou moins axée sur la stimulation de ce but chez le consommateur de drogues. Par exemple, l'écoute est « indifférenciée », présente, accueillante, pour tous sujets de discussion lorsque la personne n'est pas dans une dynamique d'élaboration d'un parcours socio-sanitaire. Elle est « orientée » lorsque des traces d'une demande socio-sanitaire affluent dans son discours. Pour d'autres exemples de points de rappel sur la professionnalisation de la proximité, il est possible de se référer au dernier guide international promu par le collectif travail de rue³³. D'autres exemples de formations professionnelles ont été cités par des intervenants, comme l'apprentissage de l'analyse contractuelle³⁴.

La dimension du travail communautaire est la thématique la plus porteuse pour améliorer les compétences des intervenants de terrain dans l'accompagnement d'un site. Ils expérimentent déjà cette dimension, soit parce qu'ils ont connus l'ensemble des sites depuis 2003, soit parce qu'ils sont rattachés à une association qui se base sur cette pratique (Ego et Aides notamment). **Toutefois, le renouvellement des équipes est très important et peu d'intervenants ont la mémoire de ce qui s'est fait. L'ancienneté et l'appartenance à une structure ne sont pas gages de l'objectivation et de l'apprentissage des techniques pour**

³³ <http://www.travail-de-rue.net>.

³⁴ <http://www.concertation.net>

insuffler la dynamique de groupe. D'où l'intérêt de poursuivre des formations sur cette dimension. Le terme communautaire s'intéresse aux pratiques sous un autre angle que l'aspect technique des outils pour l'évaluation des sites et de l'activité ou de leurs modes de recueil. Il est très malléable dans sa définition et renvoie à un ensemble non défini de pratiques professionnelles. Entre santé publique et santé communautaire, les différences sont fines. Le terme communautaire s'adresse aux postures professionnelles. Aussi, cette dimension est à prendre comme un support essentiel pour élaborer une harmonisation et une perfectibilité collective des pratiques. Sa seule référence n'est pas une garantie de vision commune. Dépasser la relativité des points de vue pour donner une vision, une définition ou modélisation, plus globale de l'intervention collective nécessite que la dimension communautaire des pratiques professionnelles soit abordée en groupe de travail.

La nécessité est d'autant plus marquée, que les groupes de réflexion ont désigné cette dimension, l'action en direction du collectif, comme le mode sur lequel l'action sur site est légitime (cf. 3.2.3. Les registres d'actions pour intervenir sur site). Les thèmes de l'hygiène et de la médiation avec le voisinage ont été abordés, mais une formation sur la dynamique communautaire peut aussi servir sur des thématiques comme la gestion des violences. De ce côté-ci, il existe des formations qui proviennent souvent du secteur de la jeunesse et de l'adolescence.

Enfin, alors que l'action sur site appuyée sur la mobilisation des consommateurs est avancée comme l'un des modes d'action sur site, les intervenants avancent prudemment sur ce sujet (4.1.2 Des questionnements déontologiques sur les finalités de l'intervention collective). **L'un des paramètres qui font que les intervenants s'interrogent sur le bien-fondé de leur action est le questionnement de la légitimité de leurs compétences pour intervenir. Ils abordent notamment les contextes où leurs actions cessent d'être co-produites avec les consommateurs. S'interroger sur les compétences est différent des interrogations sur l'assimilation de l'action de la RDR à la Sécurité Publique. S'interroger sur les compétences porte sur la légitimité à agir en l'absence de demande ou bien vis-à-vis d'une pratique, le squat, que les intervenants ne connaissent pas personnellement.**

Ce questionnement est sain, s'il sert des prises de position dans l'évolution des postures professionnelles. Sans apporter de réponses, il représente un blocage. Or, **il est possible de retirer de l'histoire de la RDR des réponses sur l'élaboration du savoir professionnel. En effet, comme pour les craintes sur les conséquences du signalement d'un site, il y a une similarité avec d'autres moments « d'innovation » de la RDR** (la délivrance de seringue, la création des boutiques...). **Dans le champ de la RDR, l'une des difficultés est que les comportements des personnes sont en infraction (consommation de produit et occupation de propriété privée). Du fait de cette illégalité, les savoir-faire autour des pratiques de la consommation de drogues sont peu faciles d'accès** (par exemple, la fabrication artisanale d'un embout pour une pipe à crack). **En ce qui concerne la légitimité d'intervention sur site, le même principe est à la base de la légitimité à échanger avec les personnes sur les ou leurs modes de consommation. Etre en capacité de délivrer du matériel de prévention est une compétence dé-connectable de l'expérience intime de la pratique. L'intervenant peut agir sans forcément avoir eu cette expérience. Il s'appuie, sur la reconnaissance du savoir-faire de la personne (et du même coup de sa propre ignorance). Cette reconnaissance invite la personne à partager et transmettre son savoir-faire.**

Il serait possible d'aller plus loin dans la réflexion sur la construction de la légitimité à agir en distinguant ce que la proximité met à l'épreuve dans la posture professionnelle. Par exemple, le sentiment d'utilité avec la répétition des situations ou l'illégalité des pratiques. Le but de

l'intervention sur site est de générer une coopération entre aidant/aidé. **L'intervenant s'appuie d'une part sur un transfert d'informations depuis les consommateurs ou bien de collègues de travail et d'autre part sur le capital relationnel tissé à travers le travail de rue ou dit de proximité. Le même mécanisme s'applique à la définition d'un mode d'intervention sur site. Il vise à articuler l'expression des consommateurs avec les prises de décisions concernant la configuration pratique de l'intervention** (horaire de passage, types de services apportés, besoins et emplacements des moyens macros d'hygiène, etc.).

Une formation spécifique pour répondre aux enjeux locaux : la construction d'un partenariat dans le long terme

Inscrire la relation avec le consommateur dans le processus de fabrication des formes de l'intervention médico-sociale est par ailleurs un bon exemple des différentes formes du travail ensemble. Le terme de partenariat est très souvent utilisé sans recouvrir sa définition exacte et encore moins le processus qu'il désigne. Un auteur ayant travaillé sur l'organisation technique du partenariat entre structures, Fabrice DHUME, évoque un mot-valise. Il s'explique en rappelant que c'est un terme investi politiquement, dans la mesure où sa rhétorique peut servir une idéologie de l'égalitarisme. Or, il démontre que le terme partenariat renvoie au contraire à l'action. Une action qui repose sur des conflits, en vue de permettre le consensus ou le dissensus. Il en donne la définition suivante :

« Méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action [...] et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre. »³⁵

Le partenariat se construit dans le long terme. Un de ces paramètres constants est que les rapports de subordination comme par exemple entre financeurs et financés, biaisent la logique de la relation partenariale. La démarche consiste à créer un espace où chacun puisse exprimer ses orientations et projections sur l'intervention collective. **Localement, l'une des difficultés au partenariat est que les institutions et les professionnels au niveau des directions et cadres intermédiaires se connaissent depuis longtemps. L'ancienneté peut jouer comme un frein dans la mesure où la connaissance réciproque des métiers de chacun semble aller de soi. Les professionnels ont globalement la sensation de se connaître, de connaître l'activité de l'autre.** Or, les discussions sur le besoin d'être informé de l'existence des différentes prises en charge sur une personne, ou sur les différentes façons d'intervenir, suggèrent au contraire une connaissance floue et approximative entre les acteurs. L'interconnaissance relationnelle donne aux intervenants (de terrain ou à responsabilités) la sensation de se connaître professionnellement. **Dans l'élaboration d'un partenariat, des questions essentielles à poser en interne des structures pour améliorer le travail collectif sont évacuées (Voir en annexe, Méthodologie d'un partenariat, étape 1 à 3). Les réponses sont plus tacites, sans clarification et verbalisation.** Par exemple, il s'agit pour chaque structure de formuler ce qu'elle attend du travail collectif. Pour une intervention sur site, a-t-elle besoin de compétences spécifiques pour négocier le temps nécessaire à l'implantation d'une intervention médico-sociale, à la construction d'un plan d'hébergement post-évacuation, à la caractérisation des consommateurs.... Quels sont les types d'activités qu'elle est en mesure de réaliser sur site ? Qu'elles sont celles qu'elle considère comme devant être réalisées mais

³⁵ DHUME Fabrice, Du travail social au travail ensemble, Editions ASH, 2001.

qu'elle ne peut faire, est-ce par manque de moyens (humains, de temps imparti) de compétences.

L'un des points forts de la démarche partenariale est notamment qu'elle permet d'aller vers la définition de meilleures façons de faire collectivement sans aller nécessairement au partenariat. Elle invite les structures à distinguer plusieurs schémas possibles de l'action qui sont proches de l'organisation collective d'un partenariat mais qui n'y sont pas assimilables. **Par exemple, la réflexion commune peut s'acheminer vers l'amélioration des techniques de travail en réseaux ou en complémentarité, ou bien le renforcement interne des ressources propres aux structures.** L'élaboration d'un partenariat est radicalement différente de l'obtention d'un consensus car elle catalyse l'expression des conflits latents qui, s'ils ne sont pas travaillés en amont de l'action collective, deviennent plus prégnants.

La mise à plat des tâches spécifiques et des tâches communes, impose une formalisation de ce que chacun peut apporter lors d'une intervention collective. Elle incite chacun à définir son cœur de métier, en quelque sorte sa fiche de poste. Il s'agit de différencier pour un lieu et temps donné, quels sont les moyens respectifs apportés, où s'arrêtent les compétences de chacun... L'objectif n'est pas de reproduire une plaquette de présentation de la structure, mais de mettre en perspective les apports en fonction d'une mission. L'effet d'une telle formalisation est de mettre en avant les différences. Il ne s'agit pas d'uniformiser les différences mais au contraire de valoriser les singularités. Par exemple, si « réduire les risques » ou « faire du lien » sont des expressions qui pourraient être choisies pour être communes aux professionnels, elles demandent à être précisées. C'est bien la diversité des pratiques professionnelles qui permet des accroches avec les situations individuelles. Par contre, les singularités des pratiques prises isolément ne peuvent contribuer avec efficacité et efficience à la gestion de phénomène d'une telle complexité et d'une telle ampleur que sont les sites de regroupement d'utilisateurs. C'est dans l'émulation des ressources de chacun plus que dans la division des forces que se trouvent les conditions d'un parcours coordonné.

La méthodologie du partenariat implique la description fine et précise de ce qui est mis en commun (en termes de moyens matériels et de ressources humaines) de ce qui ne l'est pas, ainsi que la rédaction des objectifs communs et spécifiques. Elle désigne également les professionnels responsables de tâches assurant la démarche collective (l'organisation des rencontres, le transfert des données...). Cette formalisation permet d'édicter un contrat d'action où les structures peuvent s'engager en toute liberté, car il est le fruit d'une élaboration commune. Le document doit prévoir les dates d'entrée en vigueur et de fin de la démarche partenariale, avec au besoin les dates possibles de réévaluation. Le partenariat est évolutif dans ces termes, mais lors de moments précis. Il instaure une dynamique de coopération qui est différente du portage de l'action par une seule structure. Il instaure aussi un cadre de paroles qui permet que l'action soit moins sujette à des questionnements sur ses finalités ou bien sur à la crainte du contrôle.

La commande de la DASS 75 a vu la mise en place de plusieurs groupes de réflexion, qui préparent à la disponibilité des structures pour élaborer des partenariats locaux. **C'est-à-dire qu'un certain nombre d'attentes a pu être posé. Par exemple, la nécessité de disposer d'un temps suffisamment long, sur site et post-évaluation, pour caractériser l'utilisateur et l'accompagner dans des démarches socio-sanitaires, assurer un meilleur retour sur l'évolution des suivis croisés entre plusieurs partenaires.** Ces premiers jalons peuvent être l'amorce d'un travail inter-structures pour anticiper une organisation lors des interventions collectives sur site. A défaut, comme il fut dit, ces concertations se font à minima lors des

comités de pilotage RDR à la DASS, mais sans que la thématique du partenariat y soit articulée. **Jusqu'ici, presque sur tous les sites le mode organisationnel choisi place Coordination Toxicomanies comme la structure porteuse de la coopération entre structures de la RDR, professionnels du territoire, institutions et habitants. Il est noté toutefois que ce choix ne se base pas la plupart du temps sur une clarification formelle des rôles de chacun. (cf. 5.1.1. Soutenir l'investissement des intervenants de terrain dans leurs missions). Aller plus loin dans la rédaction d'un partenariat reconnaît formellement les compétences de chaque association dans l'organisation du travail. A défaut, l'interface entretenue par Coordination Toxicomanies entre le secteur de la RDR et l'extérieur est admise, notamment au niveau des intervenants de terrain mais tout en faisant parfois craindre à une supervision.** La démarche partenariale construit un schéma de l'organisation du travail où tous les acteurs sont sur un pied d'égalité. Par ailleurs, elle cadre la poursuite de l'adaptation des interventions selon les remarques des professionnels et usagers.

Enfin, la logique partenariale invite les acteurs à se déclarer sur ce qui constitue ou non l'intérêt pour un lieu d'y réaliser une intervention collective. Dans le long terme, elle travaille les questions relatives à la formalisation des outils, à la manière de recueillir les données, à l'adoption ou non d'un outil commun, en-sus de l'existant dans les structures. L'évaluation notamment de l'activité en termes de gestion de flux des stocks de matériels utilisés et le nombre d'heures de travail consacré peuvent être répertoriés. Globalement, le partenariat est un temps de formalisation qui permet d'activer la mise en place de l'action et de poursuivre l'amélioration des modes de prises en charge croisées, sur site et post-évacuation. Ce faisant, l'objectif du partenariat peut aussi viser la perfectibilité des modes de l'accompagnement socio-sanitaire des consommateurs de drogues en errance, ou bien la construction d'un projet d'habitat durable pour ce même public.

5.3. *L'élaboration d'un accompagnement socio-sanitaire du mode de vie de consommateurs de drogues en errance urbaine*

Au cours des groupes de réflexions, une lassitude s'est exprimée devant le constat de la répétition des évacuations. Elle interroge tant la légitimité à intervenir que le transfert des savoir-faire acquis au cours de ces cinq ans, pour toutes les professions, de la RDR ou non. Pour répondre à ces questions, il est essentiel que **les structures se positionnent sur les attentes qu'elles ont vis-à-vis d'une intervention sur site. Pour chacune, définir leurs objectifs, les moyens dont elles ont besoin pour y répondre, et de leurs limites, est nécessaire.** C'est de cette façon que le tissu associatif peut sortir du débat sous-jacent sur les finalités de l'intervention sur site. Pour aller plus loin dans la modélisation d'une action en direction des consommateurs de drogues en situation d'errance urbaine, il est important que les professionnels posent des distinctions entre des expressions qui sont souvent revenues dans leurs propos. Par exemple, des différences sont à établir entre une intervention comme instrument aveugle de paix sociale et intervention qui accompagne l'inscription des droits et devoirs du consommateur de drogues dans le territoire. C'est sur ce dernier axe que semble se construire à long terme une culture commune aux professionnels, en tenant compte de leurs spécificités.

En effet lors des groupes, l'objectif qui se dessine est la construction d'une réponse sur le long terme pour gérer la présence des consommateurs de drogues sur l'espace public. En ce qui concerne les intervenants de terrain de la RDR, il semble que leur intérêt commun est

d'élaborer des actions qui s'adaptent aux comportements et besoins des personnes. Les consommateurs de drogues et notamment « le noyau dur », composé de personnes vieillissantes, demandent tout à la fois de résider dans un lieu stable sans toutefois aller vers l'hébergement de droit commun. **Il se dégage globalement une volonté de favoriser la stabilisation des consommateurs de drogues sans employer des cadres éphémères du fait de leur illégalité ou de favoriser une fuite en avant du fait d'un cadre institutionnel trop marqué.**

5.3.1. Les consommateurs de drogues, à la croisée des logiques et des secteurs

Ce paragraphe a peu le besoin d'être développé ici, car il reprend des éléments préalablement formulés plus haut. Il est établi la distinction entre les consommateurs dits « du noyau dur » et les périphériques. Ceux-ci bénéficiant souvent à minima de ressources ou bien d'un environnement relationnel alors que le noyau dur est souvent dans un comportement de survie sans formulation de demande (cf. 1.2. Les publics rencontrés sur les sites). Il est aussi relevé, d'une part la difficulté de recenser techniquement les publics marginalisés et en errance (cf. 4.1.3. L'organisation pratique du renseignement des outils), d'autre part il est précisé que les consommateurs de drogues sont difficilement catégorisables selon les typologies usuelles des politiques publiques, du fait de leur cumul de problématiques. C'est ce qui apparaît notamment au travers des différences de logiques professionnelles qui renvoient le consommateur de drogues soit à son statut de délinquant, de malade ou de personne SDF (cf. 5.1.2. Mailler l'hétérogénéité des logiques professionnelles).

Le rappel de ces différents éléments repositionne la difficulté avec laquelle les politiques publiques aménagent « la place » des consommateurs de drogues, notamment pour les plus marginalisés (cf. 4.4.3. Des situations individuelles orphelines de perspectives). Chaque fin de site amène la question d'où ces personnes peuvent être logées. Par delà les ressources existantes et déjà utilisées (cf. 4.4. L'hébergement, paradoxe de la richesse, de la diversité et de l'inadéquation) les intervenants s'interrogent sur les formes possibles qui sont à développer. L'offre du droit commun, malgré les dispositions prises par la circulaire du 19 mars 2007³⁶ sur le principe de continuité de la prise en charge, est souvent un cadre insuffisamment souple pour supporter le comportement des consommateurs de drogues. Il se recrée alors le phénomène d'aller-retour entre la rue et les différents dispositifs.

En 2006, le rapport Lépine préconise de développer l'offre d'hébergement thérapeutique (ou soins en résidence) pour les consommateurs de crack ³⁷ :

« L'hébergement thérapeutique est à l'intersection de ces deux types de besoins – médical et social (...) concerne les personnes dépendantes et désocialisées dont le traitement passe par une réadaptation profonde (...) les consommateurs de crack pour lesquels il faut prévoir un lieu capable de « supporter » les comportements et les risques particuliers liés à la consommation de ces produits et d'organiser les soins en conséquence. ».

En 2006, il était dénombré 500 places pour tout le pays. De plus, comme pour l'hébergement d'insertion ou d'urgence, les professionnels de ce champ sont peu familiarisés avec

³⁶ Circulaire DGAS/1A/LCE/2007/90.

³⁷ Rapport Lépine, *Propositions pour une politique de prévention et de prises en charge des addictions : un enjeu majeur de Santé*, octobre 2006.

l'encadrement des consommateurs de drogues. Par ailleurs, la présentation de cette perspective possible a suscité des réactions prononcées du côté des professionnels de la RDR : Il est mis en avant que le public visé ici est trop loin du soin pour supporter le cadre institutionnel de l'hébergement thérapeutique. Egalement, ce sont des personnes qui revendiquent un mode vie communautaire. Or, ce type de réponse est pensé sur le mode individuel. De fait, l'hébergement thérapeutique est un idéal peut-être encore plus difficilement accessible que l'abstinence complète.

Enfin, dans le contexte de réforme actuelle, les intervenants s'inquiètent du scindage des sources de financements sur la possibilité de porter des projets. Les établissements relèvent du médico-social et les solutions d'hébergement relèvent souvent de la cohésion sociale, en dehors de tout ce qui concerne le handicap ou les personnes âgées. Le cumul des problématiques chez les consommateurs de drogues marginalisés et en errance incite particulièrement à une étroite concertation entre les pôles administratifs. Il induit la question de l'acceptation de cette dichotomie des moyens (reconnaissance de la nécessité de poursuivre la prise en charge sociale et sanitaire des personnes par des professionnels de la RDR), ou de la construction des relais de suivi entre RDR et cohésion sociale (construction de l'accord de la personne à collaborer avec d'autres professionnels que ceux qu'ils connaissent depuis plusieurs années, formation des professionnels du social, passation du lien et deuil de la relation...). Par exemple, pour les consommateurs de drogues qui sont en voie de stabilisation dans un dispositif de droit commun, il est souhaitable de développer des complémentarités entre CHRS et CAARUDs voir CSAPA.

5.3.2. Ecouter l'absence de demande d'hébergement

Les caractéristiques constatées chez les consommateurs de drogues « du noyau dur » prévalent également pour les personnes SDF chronicisées depuis longtemps :

« Je fais le parallèle avec les personnes qui se sont fait expulsées du canal Saint-Martin. Pour certains, c'était impossible de parler d'hébergement. ».

Aussi, les intervenants terrain de la RDR s'interrogent sur la pertinence de l'offre d'hébergement telle qu'elle se décline actuellement. Cette interrogation dépasse le constat de l'inadéquation des moyens. Elle porte aussi sur le rôle et le but que les structures se donnent :

« On joue un jeu, nous institutions, qui n'est pas aidant. Vouloir mettre des gens à tout prix dans des cases, (...) alors que d'autres refusent clairement l'hébergement. ».

« Les ruptures, ce sont les structures qui les posent (...). On a souvent tendance à décider à leur place. On les sort d'un squat, on leur dit, on va vous mettre à l'hôtel, (...) alors qu'ils demandent qu'à être ensemble (...) alors qu'ils ont rien demandé, ils veulent juste être en squat. ».

« Leur intérêt commun est dicté par le produit : Ils n'ont pas la même culture que nous par rapport à l'habitat. La dynamique de groupe tourne uniquement autour de la consommation et de comment se procurer le produit. On est en décalage par rapport à leurs attentes. ».

Les intervenants expriment le ressenti d'un décalage entre les attentes vis-à-vis du rôle des structures et les aspirations des personnes. Ils formulent un malaise, sur le constat d'un écart trop important entre les objectifs des structures et les possibilités pour les usagers de se conformer aux normes exigées par les règlements institutionnels. **Dans les extraits ci-dessus, il**

est énuméré les différentes raisons qui font que les consommateurs de drogues refusent l'hébergement de droit commun. En premier lieu vient le caractère compulsif de la consommation de crack. Ensuite, l'habitude d'être entourés d'un collectif de personnes. Il est possible d'y ajouter une absence d'horaires, une fluidité de mouvements entre extérieur et intérieur, l'absence de possession et de gestion d'effets personnels sur du long terme... Autant d'éléments qui font que les consommateurs concernés sont bien loin des normes comportementales usuelles en direction de l'habitat, du logement ou de l'hébergement.

Un intervenant souligne la nécessité d'aller au-delà du constat de l'inadéquation de l'offre existante et de la non-demande de la part des consommateurs. Pour lui, il est nécessaire de garder à l'esprit que des *« perspectives à long terme sont envisageables »*, même s'il s'agit de personnes chronicisées dans la marginalité, qui vivent en squat et qui sont dans la consommation. **Se positionner en restant sur le double constat de la répétition des sites et l'absence de demandes, peut être considéré comme s'abstenir de prévenir le processus de marginalisation.** Entre l'hébergement à tout prix, le devoir d'agir du fait de l'urgence sanitaire et les personnes qui peuvent tenir un cadre d'hébergement, il y a un véritable enjeu à déterminer les réponses possibles. Sans possibilité de pérenniser les démarches initiées sur site par les perspectives d'hébergements, le mode d'intervention reste limité dans le temps et marqué par la répétition. Aussi, à côté des solutions existantes, la voie de l'accompagnement socio-sanitaire de l'errance est une piste à explorer, à développer.

5.3.3. Ecouter le besoin d'habiter

Si les consommateurs de drogues ne font pas la demande d'un hébergement, ils expriment pour autant l'envie d'habiter. A travers les trois entretiens réalisés avec des usagers et les écrits sur les interventions sur site, **le public visé exprime le besoin de « se poser ».** Ce sentiment est décliné soit à travers les phases d'un épuisement suite à la consommation de produit, soit à travers la volonté de s'aménager un habitat, une intimité plus élaborée que ne le permet l'occupation de lieux comme les halls d'immeubles. Les sites sont aussi décrits comme étant des ressources d'hébergements pour des consommateurs occasionnellement sans domicile ou en errance active :

« Le squat est un lieu ouvert, il va servir aussi à dépanner en terme d'hébergement d'autres personnes une nuit ou deux. ».

Les sites sont inscrits au cœur d'une forme de sociabilité collective. A ce propos, il est déjà souligné le travers de cette dimension, lorsque les activités d'économie informelle et de la consommation dépassent la fonction première de l'habitat. **Lors des entretiens, les consommateurs ont notamment évoqué le besoin de parler et de rencontrer des personnes autres que leurs pairs. Par ailleurs, il est à noter que l'effort d'aménagement des lieux démontre la capacité des consommateurs à s'organiser autour d'un objectif, de résister aux manifestations visuelles du sans-abrisme. Par ailleurs, il fut souvent question de la communauté revendiquée par les consommateurs et de l'effectivité de son existence.** Elle semble en grande part fondée sur les origines ethno-géographiques communes des personnes. Un rapport particulier à la nature et aux biens matériels est exprimé. **Aussi, les consommateurs visés ne sont pas tant dans une anomie que dans une façon particulière d'habiter l'espace et le temps.** Une manière qui résulte d'un mélange entre addiction, précarité et ethnologie :

« Lorsque nous, on parle d'hébergement on parle d'un lieu avec des règles, lorsque eux parlent d'hébergement, ils parlent de leurs règles. ».

S'il est considéré que le site est avant tout un microsysteme d'habitations pour des consommateurs actifs et que l'intervention des professionnels de RDR à moyen terme est de contribuer au maintien de conditions de vie dignes ; alors le rôle socio-éducatif des intervenants RDR s'appuie sur la mobilisation du groupe de consommateurs résidents (cf. 2.2.2. Se baser sur la dynamique de mobilisation des occupants). Au vu des moyens actuels en termes d'hébergement, une voie tierce entre les dispositifs de droit commun et l'hébergement adapté est de contribuer à aider les personnes à maintenir leur lieu de vie. Les intervenants saisissent ce besoin d'habiter, toutefois pour tous les réponses à y apporter ne sont pas les mêmes :

« Je pense à ce que ça peut contenir aussi un squat. Il y a des personnes qui se retrouvent avec le même type de parcours, peut-être qu'il y a une compréhension plus forte entre eux. Si le squat existe, ce n'est pas un hasard. C'est qu'il a un effet sur le toxicomane. Vouloir faire une croix sur les squats, je ne crois pas que ce soit la solution. (...). Ils ont trouvé une solution à leurs problèmes et on essaye de leur trouver une autre solution. Si la solution du squat ne leur convenait pas, il y a longtemps qu'ils auraient trouvé autre chose. Et après nous comment intervenir dans un squat, il ne faut pas vouloir absolument changer les choses. Ce sont des personnes qui ne demandent rien. Pas de papiers, pas d'hébergement, pas de soins. C'est nous qui projetons en disant si on faisait ça, ça serait bien. (...). Et bien souvent, c'est quand ils obtiennent quelque chose que tout s'effondre (...). »

L'acquis commun des cinq ans est d'avoir intégré dans les pratiques le fait de se rendre chez les consommateurs (cf. 2.1.1. L'entrée sur site). Au-delà de cet acquis, les intervenants sont notamment inégaux dans leur positionnement par rapport à ce qu'il est possible de faire sur site. Mais, dans les faits il est repérable que la durée de l'intervention médico-sociale sur site accroît la cohésion et le nombre de démarches réalisées avec les consommateurs occupants. Les professionnels de la RDR soulignent en effet que la stabilisation des personnes dans le lieu et le temps favorise l'enclenchement des démarches. Les exemples les plus remarquables sont les sites qui ont bénéficié d'un temps long, tel que, Wilson 2003, CFA 2 2006, La Villette 2008 (cf. 2.6.2. Différences remarquables entre le déroulement des interventions collectives). L'intervention collective sur site n'a pas pour but de créer des conditions qui maintiennent la personne dans sa situation, mais au contraire de créer les conditions qui lui donnent l'envie et la motivation d'aller plus loin dans le système socio-sanitaire de prise en charge.

Elaborer une réponse publique à l'expression du besoin d'habiter pour les consommateurs de drogues concernés, demande de poursuivre la dynamique de concertation entamée lors du CFA 2. Il s'agit de recentrer l'élaboration et la conception d'hébergement sur les besoins exprimés par les consommateurs. Le dialogue avec les usagers permet de mieux cerner les dispositions d'hébergement qui leur correspondrait. Un détour par la littérature du travail social, sur la relation médecin/patient ou sur la relation d'aide en général, confirmerait qu'agir pour quelqu'un plutôt qu'avec lui, conduit souvent à une faible adhésion. Poser des démarches, des actions, sans une adhésion d'aval conduit à ce que ces dernières n'aboutissent pas. **Ce qui est à l'œuvre dans la possibilité d'accompagner les consommateurs sur leur de vie ce n'est pas tant un site autogéré. Etayer les personnes dans leur lieu de vie, c'est viser un équilibre entre l'autogestion des personnes et la régulation par un tiers extérieur. Les pistes évoquées mélangent l'idée d'un lieu d'accueil, de passage ou d'habitat, les notions d'hébergement et d'accompagnement.** Il s'agit de soutenir indirectement l'instauration de repères, de cadres, de droits, dans une zone où les libertés individuelles tendent à s'annihiler. **L'intervention médico-sociale vise à conforter les consommateurs dans leur volonté de maintenir vivable leur lieu de vie, dans un équilibre entre présence institutionnelle et**

autonomie. Dès 2004 les structures ont porté devant la MILDT un projet d'hébergement modulaire (Algeco). Le but était bien d'inviter les personnes à se stabiliser sans entrer dans un hébergement classique. Les intervenants sont revenus sur cette idée et précisent qu'elle peut être présentée à deux ou trois personnes afin d'évaluer son apport. Cette voie peut s'inspirer de ce qui se fait actuellement en direction du public Roms en France, c'est-à-dire l'option d'un espace réservé, d'une procédure spécifique d'expulsion. Elle peut également s'appuyer sur des expériences d'hébergements modulaires réalisées dans l'Union Européenne (UE)³⁸, qui ont souvent concerné le public étudiant (Amsterdam et utilisation de containers comme habitat).

5.3.4. Entre l'encadrement médico-social et l'hospitalité des villes

L'hébergement est une notion floue autour de laquelle des voies peuvent être explorées. Lors du site du CFA 2, le projet avancé, manquait de conceptualisation. C'est-à-dire que de modalités pratiques sur la caractérisation de la présence des structures (jour/nuit, éducateurs/médecins...), la répartition des charges, n'ont pas été débattues. La thématique de la stabilisation des publics par hébergement demande une plus grande réflexion sur le fond. L'orientation générale va vers l'introduction de l'institution à minima dans un cadre urbain. Pierre Vidal-Naquet y aurait sans doute vu un appel à l'hospitalité des villes³⁹.

Le projet pressenti lors de 2006 demande à être davantage modélisé sur ce que les structures peuvent apporter, comment peuvent-elles motiver la répartition de leurs charges, quelles sont les modalités de concertation avec les usagers, quels sont les usagers qui seraient le plus à même de jouer le rôle clé de consommateurs-relais... Par ailleurs, au-delà de cette piste, il fut évoqué tout au long des groupes de nombreuses formes d'hébergements possibles. Vers le droit commun, il s'agit de renforcer des collaborations pour assurer des suivis doublés entre structure d'hébergement et secteur de la RDR, ou de l'addictologie en général. Les offres hôtelières sont tout autant à maintenir.

Pour développer des formes alternatives d'hébergements, notamment en direction du public vieillissant, les réflexions des intervenants ont porté sur des modèles pré-existants qui peuvent servir de guide d'élaboration. C'est l'expérience PROSES ou bien les maisons-relais, les Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Lieux de Vie et Lieux d'Accueil ou Lieux de Vie et d'Accueil (LV-LA ou LVA). **Toutes ces formes ont l'avantage d'être construites sur une présence diluée mais réelle de l'institution, via une présence physique des intervenants ponctuelle. Elles favorisent la stabilisation de la personne en l'a laissant s'approprier les lieux, comme s'il s'agissait d'un logement privatif.** En dehors de PROSES, aucun de ces types d'hébergement n'est pensé à priori pour un public de consommateurs de drogues. Ils interrogent d'autant plus la place de ce public au sein de l'offre d'hébergement médico-social et du Schéma d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion de Paris (SAHIP).

Par ailleurs, le dernier rapport du Haut Comité du Logement pour les Personnes Défavorisées (HCLPD) « *Sortir de la gestion de crise* », se penche dans ses recommandations sur le même type de public dont il est question ici. Il évoque également l'image de la stabilisation. La 8^{ème} proposition préconise d'adapter l'hébergement aux grands exclus, en ouvrant l'hébergement de stabilisation à tous. C'est à dire, non pas en imposant l'inconditionnalité aux structures préexistantes mais en créant de dédiées.

« Dans la mesure où ces structures ont vocation à accueillir toutes les personnes passées par les centres d'urgence et ne pouvant pas être orientées directement dans un hébergement d'insertion ou toute autre structure, les places de stabilisation doivent s'adapter aux caractéristiques de l'ensemble des publics concernés. L'inconditionnalité de l'accueil ne peut être exigée d'une structure particulière, mais elle doit être assurée sur chaque territoire au titre des places offertes dans le dispositif. En créant de petites structures d'hébergement médicalisées. Les personnes à la rue sont aussi de grands

³⁹ RAFFESTIN C., « Réinventer l'hospitalité », *Communications*, n°65, 1997, p. 165-177.

malades. Pour certaines, le passage de la rue à une vie digne et un habitat de droit commun suppose un passage par une structure associant le soin psychiatrique, l'hébergement durable et l'accompagnement d'insertion. Le Haut Comité préconise le développement de petites unités utilisant le cadre des établissements médico-sociaux et adaptées aux différents niveaux d'autonomie des personnes. ».

Le HCLP décrit ici un cadre qui conviendrait au public visé. **En plus de la définition du projet, il s'agit également d'anticiper la pression de la demande en prévoyant les conditions d'entrée.** Par exemple, l'âge, la qualification quanti et qualitative du degré de dépendance du consommateur peut contribuer à orienter les choix d'hébergements. **Il est aussi possible d'envisager l'invention d'un item qui traduit l'importance de la chronicisation (temps passé dans la rue) et/ou positionne le consommateur sur une échelle d'autonomie.** Le terme d'autonomie renvoyant ici à la capacité de la personne à réaliser des démarches socio-sanitaires sans l'accompagnement médico-social, ou à vivre sans la présence d'un collectif de personnes dans son quotidien. Par ailleurs, les éléments retenus au cours des groupes de réflexions sur les dispositions favorisant une stabilisation du public sont en écho avec les orientations de projets type « chez soi d'abord ». Le rapport récent sur les retombées du *housing first* à l'internationale, va dans le sens d'une expérimentation en France. Les cinq ans d'expériences d'intervention collective sur site peuvent servir de base à l'élaboration d'un projet d'hébergement pour consommateur de crack sur ce modèle.

Conclusion

Les interventions sur site ont pu apparaître pour plusieurs intervenants de terrain comme des cadres d'action « nouveaux ». L'évolution des postures professionnelles sur l'acte d'entrer ou non témoigne effectivement de la prise de conscience d'un contexte d'action possible. En fait, l'historique de la Réduction des Risques (RDR) dans le nord-est francilien et la répétition des sites démontrent qu'il s'agit plus d'une re-découverte des axiomes qui président à la démarche de terrain. Il y a bien une substitution de la logique de fonctionnement en lieu fixe, à une logique de fonctionnement co-produite avec les consommateurs dans leurs lieux de vie. Mais, aller vers, rencontrer l'autre (entrer sur site), développer avec lui des réponses locales (forums hebdomadaires sur la gestion quotidienne du site), s'ouvrir à d'autres champs professionnels (transversalité des actions, positionnement en tant que « passerelle » au droit commun), sont autant d'éléments qui confortent le statut de la RDR comme une pratique constamment dans l'adaptation et l'innovation. C'est parce que les professionnels de la RDR maintiennent la volonté d'aller dans les interstices urbains, dans les lieux et les personnes rendus invisibles par l'illégalité des pratiques, qu'ils accompagnent les pouvoirs publics dans la connaissance des besoins locaux.

Il apparaît que dans l'évolution de la mise en œuvre territoriale de la RDR, les élus et les administrations ont joué un rôle central. L'appui apporté aux structures a permis de mettre à disposition des moyens qui ont assuré la viabilité de l'intervention médico-sociale sur site. Développer les points forts de ces cinq ans, invite à maintenir cette implication pour continuer d'éprouver les possibles offerts par la RDR. Le modèle d'action dégagé comporte des bénéfices pour le déroulement et l'implantation de l'intervention de terrain au quotidien. Il rencontre aussi des limites, qu'il est utile de mentionner, appelant ainsi des recommandations précises pour viser à une amélioration. Les interventions passées conduisent notamment les acteurs à élargir le débat au-delà des squats et scènes, pour s'interroger sur les formes pertinentes d'actions à mener pour répondre aux besoins.

Esquisse d'un modèle

Au cours des cinq ans, une quasi-systématicité des dispositions prises est observable. Elle forme un modèle de l'organisation des actions. Evidemment, celui-ci est encore à affiner et discuter. Les critiques à son égard peuvent notamment viser plus que sa validation par l'ensemble des acteurs, une ouverture sur l'élaboration de réponses autres, répondant davantage aux besoins locaux. **Formaliser un modèle d'action est complémentaire de la prise de décision pour chaque site de sa mise en œuvre et du choix de son ampleur (nombres de structures participantes).** La possibilité de dégager une modélisation souligne que l'accompagnement collectif des consommateurs de drogue marginalisés est loin de se résumer à des actes isolés et ponctuels. Au contraire, elle démontre qu'il s'agit d'un travail collectif, de la part de tous les champs professionnels, qui s'inscrit dans la durée et dépasse les limites spatio-temporelles d'un site. L'un des principaux enseignements à retirer de cette rétrospection est qu'une action locale concertée en direction des polytoxicomanes errants est possible dans la continuité. Le modèle dégagé se scinde en plusieurs phases, qui ne sont pas séquencées linéairement dans le temps. L'entrer sur site de la part d'un ou plusieurs professionnels de champs différents ne représente pas en soi une intervention collective, car les entrées sont alors unilatérales et ne donnent pas forcément lieu à une concertation. S'il est considéré de la part d'un ou plusieurs acteurs qu'une intervention médico-sociale sur site se justifie, alors des mises

en lien et échanges d'informations s'effectuent dans les réseaux professionnels (CAARUDs, collectivités territoriales, Sécurité Publique...). Ces consultations peuvent déboucher sur une concertation plus globale. La construction de la décision d'agir ou non collectivement se fait d'une manière diffuse tout au long de cette seconde phase. Dans le cas où une action collective est décidée, c'est alors une troisième phase qui commence avec l'organisation proprement dite de l'intervention médico-sociale sur site. Dans un quatrième temps, elle englobe les dimensions des prises en charge du site, des situations individuelles avec de surcroît l'optique de préparer un dispositif de sortie en vue de l'évacuation. Puis, commence la période de la post-évacuation. Les acteurs se mobilisent alors pour élaborer des solutions adaptées et personnalisées aux suivis individuels, notamment en termes d'hébergements. Selon un temps plus ou moins longs, ces suivis peuvent au cas par cas, perdre leurs consistances. Un autre site peut se créer du fait du mode de vie de consommateurs sortis, ou n'étant pas rentrés dans le dispositif de prise en charge.

Au cours des interventions, l'ensemble des professionnels jouent des rôles précis en fonction de leurs spécificités respectives. Du côté des structures de la RDR, l'organisation de Gaïa Paris apporte une dimension médicale (infirmier/ières ou médecin) et social (assistants sociaux) qui est précieuse, car rare dans les ressources des CAARUDs. L'Association Charonne développe une compétence et des ressources spécifiques en direction du public des femmes, alors que ce public manque de réponses dédiées. Lors des derniers sites, d'autres associations ont étoffé la palette de savoir-faire et de compétences sur site. La Terrasse-ELP apporte des compétences en psychiatrie qui sont reconnues comme bénéfiques par les intervenants de terrain, pour le travail de mise en lien avec le secteur psychiatrique. Des structures comme AIDES et EGO, apportent une dimension communautaire, chacune à sa manière. Pour SOS-DI, il est plus délicat de déterminer sa spécificité sur site car son expérimentation de l'action sur site débute. En tant qu'appui de second maillage, elle peut par contre apporter un soutien sur l'hébergement d'urgence. Pour chaque intervention sur site, Coordination Toxicomanies joue un rôle déterminant. Dans l'organisation et la visibilité du travail effectué sur site, elle joue un rôle d'interface spécifique et nécessaire entre la RDR et le droit commun (les institutions, le propriétaire, les habitants, les services juridiques, la sécurité publique). Son rôle a un impact logistique fort pour le bon déroulement d'une intervention collective. Néanmoins, son orientation territoriale fait également que sans les apports des autres structures, l'intervention médico-sociale ne peut s'implanter sur site. **Il y a donc une interdépendance très forte entre les CAARUDs, du fait de la complémentarité de leurs ressources.**

Les professionnels de la RDR ne pourraient pas par ailleurs exercer leurs savoir-faire sur site sans la collaboration avec d'autres professionnels de la proximité (DPP-ASA ou référents de quartiers pour Saint-Denis). Ils sont un lien stable avec **les services généraux, des départements ou des villes. Ceux-ci, avec leurs compétences techniques sur la gestion du territoire, permettent le maintien de conditions matérielles de vie digne. Leurs actions renforcent l'ancrage de la dimension médico-sociale sur site.** Ce sont des supports au travail éducatif des CAARUDs sur la dignité de la personne dans son rapport à l'environnement social et au Droit. Les potentiels de l'accompagnement individuel des consommateurs de drogues sur le long terme en sont accrus. **Parmi les professionnels qui interviennent à proximité, la Sécurité Publique joue aussi un rôle. Bien que peu de contacts soient repérés institutionnellement entre structures de la RDR et représentants de ce champ, il est à noter que leur concertation est déterminante pour des actions complémentaires et cohérentes.** Elle permet notamment que sur le terrain, la présence physique et la logique d'intervention des acteurs trouvent à s'agencer.

Au-delà de l'intervention sur site, la concertation entre CAARUDs et institutions politico-administratives (Préfectures et collectivités locales), est une disposition déterminante. Elle assure l'engagement mutuel et clarifié des rôles de chacun dans une action collective. Son temps stratégique se situe aux prémises de l'intervention médico-sociale, lorsque des intervenants de terrain commencent à entrer sur le site. Il est aussi possible de considérer que la concertation s'inscrit dans un temps encore plus diffus que celui de la préparation de la coopération dans une intervention collective. En effet, elle relève aussi d'une manière générale de la gestion même du territoire. Le regard que portent les institutions sur l'inscription des phénomènes de toxicomanies sur le territoire est déterminant pour l'orientation des mesures mises en œuvre. Lorsque les événements invitent à initier une coopération sur un temps et lieux donné, il ne s'agit pas d'une intervention médico-sociale collective, décidée et organisée, en amont. C'est depuis le recueil et la communication des éléments de caractérisation du lieu, qui en déterminent le besoin et donnent l'impulsion. Par la suite, le lien régulier entre les institutions et les CAARUDs permet d'une part de définir et calibrer les moyens à apporter en fonction de l'évolution du site et des situations individuelles, d'autre part d'aménager la projection temporelle de l'intervention par rapport aux décisions juridiques qui concernent le site. C'est le cas notamment pour l'implication constructive du propriétaire des lieux, dans une action qui vise à dégager pour chacun (usagers de drogues, propriétaires) une résolution des problèmes.

Bénéfices et Limites

L'existence de sites pour lesquels le choix d'une intervention médico-sociale a été réalisé, a approfondi l'interconnaissance entre les structures, notamment entre intervenants de terrain. Bien que les CAARUDs sur le nord-est francilien soient majoritairement anciens, les interventions collectives ont été l'occasion pour les professionnels d'échanger des informations et des savoirs, à la fois entre eux et avec les consommateurs. **Le renouvellement de cadre pour l'action a conduit simultanément à redynamiser les échanges entre structures. Ce ressenti est très fort, notamment au quotidien pour les équipes dans leur travail de rue.** Sur site même, l'acquisition de savoir-faire est repérable au travers des propos tenus lors des groupes. **Globalement, les compétences décrites pour ce bilan est à la fois une plus grande finesse dans l'adaptation du message de prévention vis-à-vis des pratiques et une lecture plus exhaustive des enjeux internes au site ainsi qu'avec son environnement immédiat.**

L'intégration dans les pratiques de l'invitation à entrer et la nécessité d'organiser les entrées ultérieures en cooptation avec les structures précédentes a été décrite précédemment. Dans le cas contraire, l'unilatéralité des actes d'entrer poserait une fragmentation de l'action, qui rendrait incohérente l'activité des structures avec les consommateurs. La cooptation dans l'acte d'entrer, permet de faire lien entre les intervenants et d'établir les paramètres de leurs présences avec les usagers.

En ce qui concerne les modes de consommation des produits, agir sur site a « initié » les professionnels à l'observation des conditions matérielles de consommation, des détails techniques, et des prises de risques. **Il ne s'agit pas tant d'une proximité plus grande, que d'un renouvellement du cadre des échanges entre professionnels et usagers qui favorisent le transfert des connaissances.**

Les intervenants de terrain ont également approfondi leurs connaissances du fonctionnement interne des différents groupes de consommateurs. Les amitiés, inimitiés, relations de couples, sont des données qui permettent de décoder les influences réciproques sur les uns et les autres, ou bien de prévenir des violences. Le réseau relationnel des usagers de

drogues est à prendre en considération, pour l'intégrer dans une stratégie éducative. **Par rapport à la prise en charge globale du site, le fait de savoir identifier et de s'appuyer sur des consommateurs reconnus par leurs pairs comme représentants les groupes, est une compétence primordiale pour assurer une dynamique participative.** Cette connaissance est d'autant plus importante que les hiérarchies informelles peuvent évoluer rapidement au cours de la vie d'un site. Elle aide à ce que des propositions médico-sociales soient élaborées avec les consommateurs résidants et favorise une adhésion de leur part aux décisions prises. La compétence de décoder l'organisation spatiale et relationnelle des groupes sert par exemple à choisir l'endroit optimal pour la mise à disposition d'un point d'eau ou d'une benne. Elle permet d'actionner des leviers de mobilisation chez les consommateurs dans des actions qui concernent tant l'entretien du site que leurs propres personnes, sur les plans sanitaire, social ou juridique. L'émergence d'un travail participatif avec les consommateurs résidants conduit aussi à la création d'interactions moins conflictuelles avec le voisinage du site. A minima, cette possibilité est un travail sur les représentations en direction des usagers de drogues. Pour ces derniers, c'est l'occasion de se positionner et de s'exprimer dans un cadre moins stigmatisant et plus réflexif sur les liens entre leurs pratiques et la Loi. Au niveau de la conception de l'action médico-sociale en direction des consommateurs de drogues, le développement de la connaissance de leurs fonctionnements de groupe a permis notamment de proposer aux financeurs le projet d'hébergement expérimental de Proses.

D'une manière globale, les interventions collectives ont permis de renforcer les liens avec plusieurs dizaines de consommateurs de drogues préalablement connus mais pas nécessairement suivis. **Les suivis sont plus resserrés et concertés, lors de la vie du site ou durant l'hébergement post-évacuation.** Les personnes prises en charge sont plus faciles à retrouver pour les intervenants de terrain et ceux-ci du fait de l'organisation des réunions inter-associatives et institutionnelles sont amenés à échanger avec régularité. **C'est-à-dire que la stabilisation de la personne dans un lieu et temps donnés favorise la cohésion de son action dans un parcours médico-social.** Il s'ensuit que le travail entamé sur site se poursuit hors cadre. Au fur et à mesure des années, il s'agit d'un véritable capital relationnel qui se construit entre intervenants et consommateurs.

Les interventions collectives sur site ne sont certes pas la réponse absolue à la marginalisation des consommateurs de drogues, surtout pour les plus anciens. Mais elles relèvent tout l'intérêt qu'il y a dans des actions qui visent à l'accompagnement vers une stabilisation des personnes dans l'espace et le temps. En l'occurrence, dans l'action locale en direction des toxicomanies, il y a une continuité de l'offre de produits et une longueur de prise en charge en addictologie qui rendent illusoire la résolution rapide des problématiques. Au niveau de la revente locale, et non de l'alimentation des filières, l'action en direction des sites avec la seule intervention de la Sécurité Publique entraîne une brève désorganisation et moindre visibilité du trafic. Ce constat appelle donc à dépasser les limites que rencontrent l'intervention collective sur site, d'une part pour favoriser la présence des consommateurs dépendants et marginalisés dans le système de prise en charge socio-sanitaire, d'autres part pour que la Sécurité Publique joue son rôle sur des paramètres qui peuvent impacter durablement la lutte contre les stupéfiants.

L'un des principaux freins énoncés pour enclencher une intervention médico-sociale sur site serait dans les relations entre Sécurité Publique et CAARUDs. Pourtant, le retour sur les cinq ans ne montre pas une évidente contradiction entre les deux secteurs, lorsqu'une intervention médico-sociale sur site est décidée. De plus, d'autres exemples passés montrent que ce sont des secteurs d'activités en capacité de travailler ensemble. La gestion de la scène de

Stalingrad par exemple, à la fin des années 1990 s'est faite avec la mise en complémentarité des professions. **Au regard des cinq ans, la crainte qui entoure les conséquences induites par le signalement des sites est injustifiée, si celui-ci est considéré comme précipitant l'évacuation. Il semble au contraire que plus le champ de la RDR est prompt à être en cohérence, plus les démarches se concrétisent pour garantir le respect des droits des consommateurs résidants et rendre possible une intervention sur site, voire, plus les temps d'exécution de l'évacuation sont longs.** De la même façon, l'hypothèse que la fixité des consommateurs de drogues sur un site les rendrait plus exposés aux interpellations n'est pas démontrée. Bien que des constats d'utilisation inappropriée de la force aient eu lieu, en 2005 puis 2008 (gazage, matraquage, destruction de matériel), des efforts de complémentarité sont notables. Par ailleurs, la question des relations entre Sécurité Publique et RDR se pose dans le travail quotidien des intervenants. L'idée d'une opposition constante entre les deux secteurs biaise les possibilités. Il s'agit d'une limite particulièrement sensible, dont le recul faciliterait le calibrage des interventions en direction du site (éventer des tensions trop prégnantes) et en direction des situations individuelles dans leur approche juridique (signaler une garde à vue aux structures référentes, anticiper les sorties de prisons, éviter les incarcérations au bénéfice de prises en charge socio-sanitaire).

Pour améliorer les interventions collectives sur site, ou dans le quotidien, une limite tout aussi importante est la définition des moyens et objectifs du travail collectif inter-CAARUDs. Les structures bénéficient d'une connaissance empirique et interrelationnelle forte. Mais, cette connaissance s'avère floue sur les modalités pratiques du travail de terrain ou dans l'échange d'informations concernant des suivis communs. La coopération sur site a rapproché les fonctionnements institutionnels sur ces points. Il se dégage de ces cinq ans l'ébauche d'une culture commune, qui dépasse la seule appartenance au sigle RDR. Celui-ci évoque un certains nombres d'idées autour desquels les intervenants peuvent faire corps, même s'il est insuffisant pour organiser la diversité des façons de faire et la réalisation d'objectifs opératoires à courts et moyens termes.

Les faits ont conduit les structures à aller dans un travail ensemble sans l'avoir projeté et planifié au préalable. L'apprentissage relève les différences de pratiques et de conception de l'action qui peuvent constituer des obstacles ou être moteurs pour la formulation d'autres réponses. Par exemple, les différentes collaborations forment des essais à l'établissement de partenariats plus formalisés. Ce point est notamment à l'œuvre pour les fonctions à responsabilités. Il est à noter par exemple une différence importante entre les écrits sur les interventions collectives et les propos recueillis lors des groupes. **Bien que les différentes pratiques ne soient pas citées par les intervenants comme sources de difficultés à travailler ensemble, elles posent pourtant des freins dans la cohésion des actions sur site.** Les modalités pour distribuer du matériel de prévention (quantité et choix de le donner à l'intérieur ou l'extérieur du site) suscitent des positionnements professionnels divergents. **Dans le déroulement pratique de l'intervention sur site, c'est illustratif d'une insuffisance dans la définition des buts et moyens à plus ou moins long terme.** Elle ne relève pas uniquement du niveau des CAARUDs. Elle concerne également les institutions politico-administratives qui concourent avec les CAARUDs à donner une orientation stratégique à long terme aux actions réalisés sur site.

En dehors des limites qui concernent très directement les CAARUDs, d'autres se situent en périphérie et en aval de l'intervention sur site. Les lever impliquent pour une part les structures de la RDR tout en étant davantage que pour les précédentes, du ressort des acteurs institutionnels. Tout d'abord, l'implication du propriétaire est déterminante pour perpétuer la

bonne gestion de son bien. Les consommateurs de drogues investissent des lieux laissés vacants de toutes activités. Pour que le dispositif de sortie fonctionne à minima dans le sens des attentes du propriétaire, celui-ci doit prendre en considération les conseils formulés par les structures sur la sécurisation ultérieure du lieu. L'inverse, ajouté aux effets d'inadéquation de l'offre d'hébergement, favorise la reconstruction rapide de sites et discrédite partiellement auprès des usagers la mise en place d'un dispositif de sortie vers d'autres lieux de vie.

La question des possibilités d'aval en termes d'hébergement est par ailleurs le point qui focalise l'attention des intervenants. Les craintes autour du signalement des sites fonctionnent pour une part importante sur la précarité des solutions existantes. L'apport des places hôtelières est dans le champ de la RDR une pratique qui s'est accrue. Elles sont adéquates sur des situations individuelles où les consommateurs sont prêts à maintenir un investissement dans un parcours socio-sanitaire et où il existe une prise en charge commune avec au besoin un accompagnement physique. Par contre, **pour d'autres situations et notamment pour le public vieillissant et très marginalisé, les intervenants constatent le refus de l'hébergement existant et s'interrogent sur les réponses possibles à apporter.** Globalement, c'est du fait d'un manque de visibilité des perspectives à donner aux interventions collectives sur site, en tant que possibilités d'hébergements pour les situations individuelles, que le champ de la RDR peine à se positionner. Il en résulte que l'un des principaux points de ce bilan est de renforcer la concertation des structures sur les actions possibles en direction de ce public, en termes de stabilisation dans l'espace et le temps.

Points d'amélioration

Si les intervenants ont pu ressentir les interventions collectives sur site comme une nouveauté, une explication partielle est dans le renouvellement récurrent et important des équipes. Une autre part explicative réside dans la récurrence même des sites, qui ont généré une forme de lassitude et d'interrogation sur le bien-fondé des interventions collectives sur site. Lors des groupes, il était mis en évidence des attentes d'améliorations sur deux points : aller plus loin dans l'adoption d'un outil commun dans le cadre des interventions collectives et porter des projets alternatifs d'habitats. Au-delà, il est possible de formuler d'autres préconisations que celles formulées par les professionnels, qui sont tirées depuis une analyse des écrits et des groupes.

Il est important d'assurer une transmission des événements passés pour dépasser la sensation d'apprendre à composer avec une nouvelle situation. Le rapport ci-présent et son annexe sont supports à cette circulation des expériences. L'intégration de nouveaux salariés dans une structure est un temps indiqué, pour inclure l'information de ces moments particuliers. C'est une disposition qui favorise la transmission des acquis locaux, en termes d'élaboration d'une culture commune, d'évolutions des pratiques et postures professionnelles. **Cette disposition vise à faciliter la mobilisation des intervenants de terrain en apportant à leurs interrogations, la réflexion préalablement construite. Même si celle-ci est loin d'être omnisciente, elle comprend des amorces de réponses sur les questions des compétences et légitimités requises pour l'intervention sur site. Au-delà des acteurs de terrain, la mémoire des actions passées facilite aussi le lancement des concertations lors de la constitution d'un site.**

Plus spécifiquement, le tissu associatif local gagne à échanger davantage la diversité de ses pratiques. Les interventions collectives y concourent, mais du fait des éléments précédemment cités sur l'importance de maintenir une mémoire des expériences, il est productif de maintenir

la dynamique instaurée dans d'autres cadres. **C'est pourquoi il est question en dernière partie de la formation continue des professionnels sur des questions généralistes ou spécifiques.** La formation peut concerner tant l'échange des pratiques professionnelles que la construction d'une dynamique de groupe sur site. Au vu du débat autour des ressorts à la base de la revendication communautaire des consommateurs de drogues, il est souhaitable d'étayer les intervenants dans leur lecture des sites avec l'apport d'intervenants en ethnopsychiatrie. Ces derniers peuvent être des doctorants, inscrits dans la structure pour une période longue, ou un apport extérieur via les centres de formation. **Les formations à visée généraliste (sur l'échange des pratiques) ou spécifique (la coopération entre structure) peuvent être développée et portée par un acteur interne au champ de la RDR.** Toutefois, il est tout aussi pertinent que son organisation soit assurée par un tiers extérieur aux associations (via un rapprochement avec l'OPCA du secteur) ou bien avec des structures qui ont vocation à représenter le champ professionnel au plan national et international.

Pour l'amélioration de l'intervention sur site elle-même, la répartition des rôles entre les CAARUDs doit être maintenue et confortée. Le rôle particulier de Coordination Toxicomanies devrait être plus systématiquement reconduit et signifié lorsqu'il est décidé d'une intervention collective sur site. **Le cadre d'intervention élaboré par les Préfectures et DDASS de Saint-Denis et Paris à l'occasion de La Briche en 2008 comporte plusieurs pré-requis, qui sont une amélioration tangible dans la formalisation des interventions collectives sur sites. Certains demandent un effort de formalisation qui est encore à réaliser, comme l'explicitation des missions respectives des structures. Un exemple de fiche signalétique est proposé en annexe.** Vis-à-vis des outils sur l'évaluation des sites et le suivi des prises en charge croisées, les interventions passées ont démontré que ceux fournis par Coordination Toxicomanies sont opérationnels. Les intervenants de terrain ont manifesté un intérêt pour leur appropriation collective. Toutefois, il est mentionné que les intervenants sont inégaux dans leurs connaissances et leurs savoir-faire pour recueillir les informations, ainsi que le peu de fluidité dans l'actualisation des données recueillies. **La désignation des référents chargés de cette fonction avec également précision des durées de la réactualisation devrait se faire au-delà de la seule inter-connaissance entre les cadres intermédiaires du secteur. La validation de ce mode de fonctionnement doit être travaillé et validé par les directions des structures en dehors de l'existence de site, afin de ne pas confondre l'amélioration de l'intervention collective et la décision d'action sur une situation spécifique.** L'exercice méthodologique de l'établissement d'un projet commun peut être formateur pour les structures, dans la mesure où l'informatisation de l'activité devrait gagner en puissance dans les années à venir. Ce qui pourrait amener les structures à travailler davantage avec des outils similaires, ou bien sur des réseaux numériques.

De la même façon, les items peuvent être améliorés et discutés s'ils ne satisfont pas aux attentes des structures. **Par rapport à ceux-ci, une amélioration concertée est souhaitable sur un indice synthétique donnant une image de la dépendance, ou degré d'autonomie du consommateur.** Cet indice peut inclure une évaluation empirique et médicale de son addiction (évaluation des quantités prises au quotidien) ainsi que du poids de sa marginalisation. Il peut par exemple combiner la durée de la marginalisation (temps passé sans logement stable) avec la capacité à réaliser seul des démarches médico-sociales, ou bien à prendre soin de soi-même (douches, laverie, soins des pieds...). Cet indice est proposé dans le but de favoriser une présentation des besoins en termes de suivis individuels et notamment en termes d'hébergement. Une représentation chiffrée de la dépendance de la personne représente un outil de construction et d'élaboration des réponses qui s'extrait, sans en faire fi, des particularités des situations individuelles. Par ailleurs, **l'élaboration d'un tel indice s'inscrit dans l'évolution**

des politiques médico-sociales où une part des financements est conditionnée à l'évaluation de la lourdeur des prises en charges. C'est par exemple l'emploi de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), qui fonctionne pour une part dans le budget des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Le fonctionnement actuel du financement des CAARUDs repose sur d'autres critères, toutefois, l'élaboration d'un indice similaire à l'AGGIR peut anticiper des évolutions similaires dans le secteur de la RDR, si ce n'est être un argument de plus dans l'établissement des besoins locaux.

Il apparaît également que les items utilisés, que ce soit dans les tableaux de Coordination Toxicomanies ou dans les outils des autres structures, peuvent renforcer dans leurs restitutions l'aspect dynamique de l'évolution des situations entre deux moments. Certains en donnent une orientation en spécifiant si la personne est incarcéré ou en hospitalisation. Les structures gagneraient à avoir un recul sur leurs activités. Par exemple, il est possible de ventiler sur une période donnée (début et fin d'intervention sur site) les grandes évolutions des situations individuelles sur quelques critères. Diverses possibilités peuvent être énoncées comme : phase « d'apprivoisement » (si consommateur inconnu), fuite en avant/lune de miel avec les produits ou l'errance, statu quo de la situation, consommateurs en évolution positive avec/sans un besoin fort d'accompagnement ou d'écoute, consommateurs en situation de pré-autonomie ou avec possibilité d'une sortie de suivi à court ou moyen terme, durée depuis laquelle une situation reste positive, disparitions brusques.... Il est essentiel de retenir que ces critères ont pour objectif de donner aux intervenants un retour sur l'évolution de leur travail et non l'évaluation de leur travail. Pour pouvoir aborder une évaluation, les caractéristiques des publics rencontrés et la complexité des phénomènes de toxicomanies demandent d'être traités sur plusieurs années. Sur un temps restreint comme une année d'activité ou un site, il s'agit davantage d'obtenir des points de repères sur les grandes évolutions.

Pour conclure, il est important de considérer que le secteur de la RDR est très hétérogène dans la formalisation des outils internes aux structures. Il est donc d'autant plus délicat pour celles-ci d'aller vers l'adoption d'outils communs, même si l'utilisation de ceux-ci est inscrite dans un temps déterminé. Les interventions collectives ont inauguré pour les associations l'expérimentation d'une coopération de fait. Consolider les points forts de cette expérience est un objectif légitime. Il peut être toutefois douloureux parce que la formalisation de l'organisation de l'intervention collective, à l'instar du cadre d'intervention rédigé pour La Briche en 2008, ils demandent aux structures de se positionner sur leurs identités et attentes respectives. Il y a là, une similarité forte avec la méthodologie de l'élaboration de partenariat formalisé. C'est pourquoi celle-ci est proposée, dans le but de dégager la voie à une forme plus formalisée de coopération, sans qu'elle soit nécessairement un partenariat. Il en existe plusieurs, qui font appel à des montages juridiques plus ou moins légers. En la matière, le secteur de la précarité sur Paris à développer des formes de coopération, qui sont plus ou moins opératoires, mais qui sont porteuses d'indications (La charte Précarité, site de mise en lien via la DASS). Par ailleurs, aller plus loin dans cet exercice invite les structures à dépasser l'existence ou non de cahier des charges. Elles iraient ainsi au devant des institutions politico-administratives avec une description technique, un cadre d'intervention, à la définition de leurs missions en tant que CAARUDs. Définir l'organisation de l'intervention collective ne vise pas à la systématiser, mais si celle-ci est décidée, à rendre sa mise en place plus réactive. Cet exercice demande en d'autres choses aux structures de prioriser les options possibles. Notamment, d'accepter qu'une intervention collective soit légitime même si une évacuation est probable. Au

minimum, d'établir les conditions dans lesquelles les structures sont prêtes à s'engager dans une intervention collective sur site : délivrer du matériel sur site ou non, qui entre ou non, qui est sur place pour le dispositif de sortie, qui participe au recueil de données et leurs circulations dans le champ de la RDR, quelles temps de mise au point inter-structures et avec les autres professionnels qui vont sur site.....

Au maximum, la méthodologie du partenariat ayant pour objet l'intervention collective sur site, incite les structures à préciser le type de projets d'hébergements ou d'espaces alternatifs, qu'elles sont prêtes à porter. En effet, le peu de perspectives d'aval suite à l'évacuation posent chez les intervenants des freins. Le manque d'hébergement est un fait qui n'est pas propre à la localité est concerne l'ensemble du territoire national. A défaut de générer un volume conséquent d'hébergement et puisque ceci représente un frein à l'action, alors les structures peuvent envisager de développer collectivement une offre restreinte, à destination spécifiquement du public poly-consommateur et résidant sur les sites. **Le *housing first* est évoqué en dernière partie de l'écrit. Il représente la solution la plus aboutie et aussi la plus complexe, car sa réalisation fait appel à la mise à disposition de foncier.** Dans cette optique, trois options sont possibles. Les structures de la RDR peuvent porter un projet de ce type en interne du secteur, ou bien élargir un partenariat (formalisé) à des opérateurs de la précarité. **A défaut d'aller vers du logement, les structures peuvent s'inspirer des expériences canadiennes et américaines pour améliorer leurs propositions des projets ébauchés en 2004 et 2006, sur un hébergement modulaire.** Une telle option est différente de l'encadrement de l'autogestion d'un site. Elle peut être très restreinte, pour ne viser que quelques consommateurs de drogues en grande difficulté, comme les personnes vieillissantes. **Les conditions d'attribution et d'évaluation sont à penser en s'appuyant sur les remarques déjà formulées par rapport aux indicateurs (degré de dépendance et évolution des situations) ainsi que les outils utilisés dans les expérimentations canadiennes.** Ceux-ci sont signalés en annexe.

Sur l'intervention collective telle qu'elle se déroule aujourd'hui, **les intervenants de la RDR ont démontré leurs capacités à travailler ensemble ainsi que les possibilités d'améliorer les coopérations vis-à-vis d'un site ou d'un suivi commun.** Il est à noter, que lors de l'étude aucun écrit académique, d'analyse scientifique, sur des interventions professionnelles médico-sociales dans le lieu de vie des usagers de drogues n'a été répertorié dans la littérature française.

L'avenir immédiat peut être composé de nouveaux sites comme ce peut ne pas être le cas. **La réforme de la gouvernance territoriale ouvre une période, où les structures de la RDR espèrent que les consommateurs de drogues, publics à l'interstice des politiques publiques, continuent d'être pris en considération dans une articulation forte des réponses.** Le réaménagement du tissu urbain va fort probablement impacter les formes prochaines des sites. Il peut être possible soit d'assister à un repli dans l'intra-muros parisien, auquel cas, le travail de la RDR devra se faire avec beaucoup de finesse pour aller dans des lieux de vie de plus en plus discrets. A l'inverse, un mouvement vers les banlieues limitrophes est possible ; ce qui poserait alors la question de la répartition des ressources sur le territoire. Dans tous les cas, les intervenants de la RDR avec les consommateurs de drogues et les autres professionnels, ont généré une expertise dans l'accompagnement des sites, aux confluences de diverses contraintes. Qu'elle que soit les formes ultérieures prises par les regroupements et consommations de produits sur le territoire, il est essentiel que les acteurs poursuivent leurs missions avec une vision globale, tant dans le temps que dans l'espace, de l'implantation du phénomène des toxicomanies dans le nord-est francilien. Il s'agit de répondre à la précarité de

situations individuelles ou de groupes par des solutions locales et pérennes, quand bien même ces situations sont liées à une économie entretenue bien au-delà des frontières administratives.

Annexes

Récapitulatif des interventions inter-structures dans le nord-est parisien et Seine Saint-Denis entre 2003 et 2008

Légende :

1^{ère} ligne : rentrer dans le squat

2nd ligne : intervenir à proximité du site en véhicule

3^{ème} ligne : intervenir en Boutique ou hébergement spécialisé

CT Coordination Toxicomanies

DPP-ASA

MDM PPMU Médecins du Monde Programme de Prévention en Milieu Urbain

UD Usagers de Drogues

FIEP Fiches d'Intervention en Espace Privé

FIR Fiches d'intervention en Rue

En gras Evénements clés

Dans la rubrique outils, la CT est à l'origine de leur création, toutes les structures participent à leurs renseignements. Les deux derniers événements, voient un échange plus important des outils des structures vers la CT.

Années	Evénements	Professionnels	Outils	Points spécifiques
2001	Calmels (70 personnes)	1ère ligne CT18 Sécurité Publique		Les événements de 2001 et 2003 sont pris en charge par CT et la Sécurité Publique en concertation pour préparer à minima l'évacuation. La sortie des usagers est effectuée par la police et la structure est présente aux alentours. Dans les années futures, la tendance s'inverse. Les outils utilisés alors par la CT dans une optique de médiation territoriale sont majoritairement repris en 2003. Progressivement, d'autres outils se mettent en place afin de caractériser les situations socio-sanitaires des usagers, et travailler avec eux les apports croisés des structures

				dans la prise en charge durant le site et post-évacuation.
2003	Ruelle (90 personnes)	1ère ligne CT18 Sécurité Publique		L'expérience marque le début d'une concertation entre acteurs de la RDR et les autres professionnels. Le recensement des besoins amorce la prise de conscience de la nécessité de mettre en commun les ressources. Cette nécessité sera accrue les années suivantes par la position géographique des sites. Situés sur les grands boulevards, ou au cœur du bâti, ils sont sur des zones où tous interviennent.
Eté	Constitution du squat de Saint-Denis ou Williamson, ou Wilson. (300 personnes, 210 connues, 29 prises en charges avec hébergement et suivis 19 sur plus d'un mois)	1ère ligne Effervescence CT18 Proses Aides 93 (quelques semaines)		La gestion du site bénéficie d'une mobilisation de la part des administrations et des élus. Après l'intervention de Proses et la CT18 entre novembre 2003 et juin 2004, Aides devient l'opérateur principal sur la zone du 93 incluant le site.
Nov.	Début des interventions concertées			Ce qui facilite une intervention collective d'amont et d'aval à l'évacuation organisée et coordonnée entre les structures RDR et les représentants de la sécurité publique.
2004		2nd ligne B18 Antenne Mobile (3 fois par semaines) MDM PPMU	CT • Affiches (informant des lieux ressources, des collations...)	Les comptes-rendus de réunions montrent pour les acteurs RDR le besoin d'être informé des actes individuels d'une structure. Par exemple, les « exclusions » que chacun peut opérer pour non respect du règlement intérieur influence sur le déroulement de la prise en charge globale. La non-diffusion de cette décision pouvant entraîner une mise entre parenthèse des
Juin	Renforcement dans la concertation des interventions	3ème ligne Sleep-in	• Evaluation du site - Word sur les « passages »	

<p>7 Sept.</p> <p>20 sept.</p> <p>16 nov.</p>	<p>Expulsion du squat Williamson ou Saint-Denis</p>	<p>Ego Accueil et Step B18 Boutiques La Terrasse-Boréal CMS Chemin des Petits Cailloux MDM La Plaine Urgences CHI De Lafontaine Bains Douches ADHOCT</p>	<p>21 passages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation UD sur site - Excel sur les « rencontres ». (Nom, prénom, sexe, mois, première rencontre) • Evaluation UD dans une prise en charge - Excel sur l'organisation de la prise en charge un mois après évacuation pour 19 personnes (structure référente pour l'hébergement, le nombre de jour, structure référente du suivi social, et/ou l'évaluation). • Réunions - Word compte-rendu - Excel relevé et suivi des décisions. 8réunions : 4 interprofessionnelles., 2 avant et 2 après évacuation 4 réunions inter-institutionnelles 2 avant et 2 après évacuation • Bilan d'évacuation 	<p>démarches engagées par la personne avec d'autres structures. Ce besoin est directement lié au fait que la prise en charge se répartit entre plusieurs structures. Aussi, la conceptualisation des outils montrent la nécessité, notamment pour l'hébergement, de formaliser les suivis pour repérer quel acteur prend quelle personne en charge et sur quel thème. Les outils permettent de repérer les acteurs RDR du réseau (CT, MDM ou Gaïa, Charonne, Sleep-in, Aides) et comment les différentes facettes de la prise en charge se répartissent entre les acteurs.</p> <p>Le thème du traitement de la communication médiatique apparaît lors de ce site. TF1 rentre non accompagné sur le site et se trouve pris à parti. Act-up est présent le jour de l'évacuation.</p> <p>Mise en place d'un dispositif « humanitaire » le jour J. La mairie de Paris met notamment à disposition des véhicules afin de conduire les personnes sur leur hébergement. Les hébergements suite à l'évacuation se font sur un volant supplémentaire de places hôtels financés par la DASS.</p>
	<p>Début des visites sur CFA1 ou 29 bvd NEY (70 personnes)</p>	<p>1ère ligne CT Aides 93 (observation pour vérifier si des</p>	<p>CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affiches Reprises des anciennes, 	<p>Les comptes-rendus de réunion font apparaître les difficultés dans le suivi des hébergements (rupture et non circulation de l'information entre structure)</p>

	Evacuation du CFA 1	<p>usagers du 93 se sont repliés sur ce site suite à Wilson) Sécurité Publique DPP-ASA MDM PPMU</p> <p>2nd ligne B18 Antenne Mobile</p> <p>3ème ligne Sleep-in Ego Accueil et Step B18 Boutiques La Terrasse-Boréal</p>	<p>incorporation des temps de permanences de la CT sur le squat, de MDM à l'extérieur, sur la procédure judiciaire, la date d'expulsion et des modalités de retrait des affaires du squat Wilson.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du site <ul style="list-style-type: none"> - 4 Excel (fiches quartier) - Word compte-rendu sur les passages • Evaluation UD sur site <ul style="list-style-type: none"> - Excel sur les contacts - Word compte-rendu sur l'évaluation socio-sanitaire des UD • Réunions <ul style="list-style-type: none"> - Word compte-rendu 	<p>La coordination des structures RDR sur ce site ne s'est pas mise en place de façon approfondie. Peut-être faute d'un temps trop court avant évacuation. Un nouvel acteur entre sur site, le PPMU de MDM.</p> <p>L'évacuation entraîne un éparpillement des usagers. Les deux années suivantes, il se résorbe sur deux sites rapidement évacués.</p> <p>Les structures RDR s'adressent aux médias en vue de générer une alerte envers l'opinion et les responsables publics. Les venues sur le terrain des médias sont désormais accompagnées. L'ouverture vers la presse permet aussi d'être un support d'expression communautaire.</p>
<p>2005</p> <p>1^{er} mars 15 avril</p>	La Déchetterie	<p>1ère ligne CT Sécurité Publique</p> <p>2nd ligne ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du site <ul style="list-style-type: none"> - Excel FIEP - Word des passages 	<p>Exemple de glissement entre deux grands squats.</p> <p>Début d'un discours communautaire, les squatteurs parlent d'association d'usagers.</p> <p>Expulsion sans procédure juridique et sans concertation avec les structures RDR.</p>
<p>2006</p> <p>1^{er} Juin</p>	La Chapelle ou Nœud routier ou la Colline	<p>1ère ligne CT B18 Espace Femmes</p>	<p>CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affiches <ul style="list-style-type: none"> - Reprises des anciennes, 	<p>Bien que d'une durée de vie très courte, ce squat donne lieu à une coordination inter-associative, contrairement à la Déchetterie.</p>

28 Juil.	(130 personnes)	<p>Sécurité Publique Gaïa Paris PPMU</p> <p>2nd ligne B18 Espace mixte et Antenne</p> <p>3^{ème} ligne Ego Accueil et Step Sleep-in La Terrasse Boréal, ELP, Santé et Précarité Intermède</p>	<p>ajout de nouvelles sur les permanences de l'Antenne Mobile et Intermède</p> <p>- Reprise des plaquettes de rue crée durant l'été 2005. Même trame que les affiches-ressources. Signalant en plus les dates de fermetures annuelles des structures, les points d'eau potable et les tournées des camions de restos du cœur.</p> <p>• Evaluation sur site</p> <p>- Excel (FIR)</p> <p>- Word sur les passages</p> <p>• Evaluation UD dans une prise en charge</p> <p>- Excel tableau à 4 feuilles recoupant le social, le sanitaire, les contacts/rencontres, les liens avec les structures, les consommations.</p> <p>- Word compte-rendu de l'évaluation socio-sanitaire des UD</p>	<p>2 réunions inter-associatives ont lieu. La coordination se renforce. Pour ce site, les outils utilisés font l'impasse sur l'évaluation des UD sur site. Un nouvel acteur, B18 Espace Femmes, se rend sur site.</p> <p>Incident avec la police sur un début d'évacuation qui se déroule sans coordination avec les intervenants. L'événement déclenche chez une usagère une épilepsie. L'incident représente une urgence individuelle nécessitant l'intervention des pompiers. La CT est arrivée par hasard sur le lieu et reprend en main la situation.</p> <p>Evacuation sur décision de la Mairie, sans procédure juridique. Les structures ne sont pas associées au projet. La CT est sur place le jour prévu.</p>
	Début d'une reconstitution de la scène de Stalingrad	<p>1^{ère} ligne CT B18 Antenne et Espace Femmes Gaïa Paris PPMU</p>	<p>CT</p> <p>• Affiches</p>	<p>Les acteurs de RDR mettent progressivement en place une coordination qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui. La fréquentation du site varie en fonction des saisons. Une réunion mensuelle se tient entre structures RDR. Elles ont dû décaler leurs horaires d'interventions pour</p>

		Sécurité Publique DPP-ASA Aux captifs, la libération		organiser une couverture régulière sur le site. L'effort de coordination est soutenue par la mairie du 19ème arrondissement ainsi que avec l'apport du secteur de la précarité par Aux captifs, la libération. Cette association est d'une part mandaté pour réaliser et coordonner des maraudes sur Paris et d'autre part possède un plus grand savoir-faire de prise en charge avec des personnes alcooliques. La CT organise une communication autour des interventions menées vis-à-vis des bailleurs sociaux à proximité. Ce travail de médiation avec le voisinage ne s'est pas ou peu reproduit dans les autres sites (absence de voisinage immédiat ou absence d'interventions sur ce thème).
Août	CFA 2 ou Ney-Tchaïkowski (70 personnes rencontrées régulièrement pour un total de 99 personnes rencontrées)	1ère ligne CT B18 Antenne et Espace Femmes Gaïa Paris PPMU ELP Sécurité Publique 2nd ligne B18 Espace Mixte Ego Accueil et Step Sleep-in La Terrasse Boréal, Santé et Précarité Intermède Amicale du Nid	CT • Affiches Reprises des anciennes avec ré-édition pour changement d'horaires dans la permanence des structures dans ou hors du squat. • Evaluation du site Plan de l'organisation interne du squat • Evaluation UD sur site - Tableau Excel montrant la fréquentation des structures par les UD. - Tableau Excel de planification des suivis pré-existants, des	Le glissement très rapide entre le nœud routier et CFA 2 incite les acteurs à maintenir la coordination. Les réunions inter-structures durant les 2 événements évitent une rupture de la coopération. Sur site, les acteurs deviennent plus nombreux à entrer, ce qui réduit le nombre de lignes d'intervention. L'incendie d'une tente entraîne une situation d'urgence. Les pompiers interviennent pour la prise en charge d'une personne gravement brûlée. Le constat initial est la difficulté de tisser du lien avec les usagers présents dans ce squat. Forte augmentation des rencontres entre associations et avec les administrations, conduisant à une articulation entre préfecture, Dass, et associations. Un travail de médiation est mené entre consommateurs et

8 mars	Evacuation CFA 2 ou Ney- Tchaïkowski		<p>référents si il y a lieu et des perspectives de maintien, d'interventions d'autres partenaires ou de passation de suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau Excel pour recouper la présence des personnes sur les squats antérieurs et leur fréquentation des structures. • Evaluation UD dans une prise en charge -Tableau Excel à usage interne sur l'évaluation générale, la nature des actions engagées (orientations, suivis, accompagnements), les consommations, les rapports à la CT. Regroupent les versions précédentes -Tableau Excel à usage externe sur le suivi des démarches (droits sociaux, situation administrative, hébergement, prison, sortie, raison du renouvellement ou non). -Tableau Excel sur le contrôle de l'utilisation de l'hébergement sur 1 semaine. - 2 Cpt-rendu Word sur les suivis individuels. - Création des vignettes sociale ou « clinique » individuelles. 	<p>habitants ou professionnels localisé à proximité du site. Apparition et résolution partielle de la problématique de l'anonymat dans les outils de recueil de données. Apparition du thème de l'hébergement comme moyen de stabilisation et comme apprentissage des droits et devoirs pour les UD. Saut qualitatif important dans les outils de suivi.</p> <p>Emergence plus affirmée de la dimension communautaire (forums, charte), qui va jusqu'aux rencontres entre DASS et usagers.</p>
--------	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Réunions Cpt-rendu Word - 5 réunions inter- professionnelles - 4 réunions inter-professionnelles et institutionnelles • Organisation d'un forum hebdomadaire dans le squat (5 forums) Ecriture par les usagers d'une charte de bonne tenue du squat. 	
2007 Septembre	La Villette = La Commanderie (115 personnes) 34 prises en charge sur le dispositif inter-associatif parisien. Dont 13 femmes	1ère ligne DPP-ASA (une fois par semaine) CT Gaïa Paris B18 Espace Femmes et Antenne Mobile Sécurité Publique 2nd Ligne Sleep-in EGO Step et Accueil La Terrasse Boréal, Santé et Précarité Intermède Amicale du Nid	Charonne, Gaïa Paris, CT <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation UD sur site - Word, les « tableaux de bord » Charonne B18 Espace femme (équivalent aux Word « passages » de la CT). - Tableau Excel Gaïa (naissance, sexe, vécu dans le squat, ressource, droits sociaux, situation administrative ; items oui/non) CT • Affiches • Evaluation UD dans une prise en charge - Texte Word de synthèse globale - Texte Word sur les suivis 	La DPP-ASA, parmi les premiers acteurs à entrer sur site. Elle met en place des bennes à proximité du site. Toutefois elles ne sont pas utilisées par les usagers. Gaïa Paris est mandatée dans un premier temps pour évaluer le site. Puis la DASS demande à la CT de coordonner. Les outils de Charonne et Gaïa Paris viennent en appui au travail de synthèse réalisé par la CT. Les outils de restitution se complexifient. Ils prennent en compte le suivi de la personne dans sa globalité. De fait, la collaboration entre les structures est davantage approfondie que par le passé. Un secret partagé s'instaure autour des suivis. Les structures sont en mesure de restituer une image précise du travail accompli après 1 mois depuis l'évacuation.

			<p>individuels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Texte Word de synthèse sur les hébergements réalisés par Charonne (B18 et CHS), Gaïa. - Vignettes cliniques - Tableaux Excel sur la file interne des usagers en squat (19). - Tableaux Excel sur l'accompagnement à la sortie (4 versions). Basée sur le modèle de 2004. - Tableau Excel sur le rapport entre usager et proposition d'hébergement - Tableau Excel sur le récapitulatif de l'hébergement et des suivis après évacuation. <p>• Réunions Compte-rendu Word</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 réunions inter professionnelles et institutionnelles 	
--	--	--	--	--

2008				
12 juin	Evacuation du squat de la rue Charles Michels	1ère ligne La Terrasse- IPSSUD		Ce site est décrit par plusieurs intervenants comme étant tenu davantage par des personnes strictement revendeuses et non usagers dépendants, à l’instar des autres sites. Il y aurait un lien entre ce paramètre et la violence sur site.
Juillet	La Briche ou Saint-Denis (300 personnes) dont 93 prises en charge pour un suivi plus marqué dans le dispositif parisien	1ère ligne Aides 93 Proses CT EGO Accueil et Step Gaïa Paris B18 Espace Femmes, Antenne Mobile La Terrasse- IPSSUD Sécurité Publique 2nd Ligne Sleep-in B18 Espace Mixte La Terrasse-Boréal EGO Accueil Proses	Ego, CT, Aides 93, Gaïa Paris, Charonne • Affiches, flyers • Fiches de signalement des violences Proses, Ego • Evaluation UD sur site - Tableaux de bord Word des passages CT • Evaluation UD dans une prise en charge - Tableau Excel de file active interne (59personnes) - Tableau Excel de la file active inter-associative (93 personnes) Gaïa Paris • Evaluation UD dans une prise en charge - Poste avancé de consultation sociale, AS Gaïa	Evacuation sans concertation avec le dispositif RDR du squat Charles Michels. La scène de la Briche prend son essor suite à l’incendie puis la destruction de ce site à proximité immédiate. La non-concertation pour réaliser l’évacuation entraîne un éparpillement avec reconstitution immédiate de site. Première fois qu’un cadre d’intervention est posé par les préfectures pour tous les CAARUDs. Le but est de surmonter les fermetures estivales du champ spécialisé, prévenir les interactions avec l’environnement immédiat, éviter la reconstitution immédiate sur un site à proximité d’un autre regroupement. Une collaboration s’installe rapidement avec le champ policier. Elle semble souffrir de discontinuité au fil des jours (destruction matériel de prévention, photos, stationnement à proximité des bus...). Les structures de RDR mettent en place un système de fiche de signalement auprès du commissariat local. Ce système n’est pas repris par la suite. Contrairement aux autres sites, aucune action de médiation envers le voisinage n’est menée. 1/3 des UD sont connus du dispositif parisien. La quasi-totalité par le dispositif dyonisien. Des UD proviennent également des autres départements de la petite couronne. Fréquentation plus élargie du site. Hétérogénéité du public rend plus délicat l’évaluation et le suivi post-évacuation.
27 nov.	Evacuation du site La Vilette = La Commanderie			

	<p>Evacuation d'un noyau dur de personnes sur la Briche</p>		<p>• Réunions Compte-rendu Word - 4 réunions inter-associatives - 9 réunions inter-associatives et institutionnelles.</p>	<p>Consommation de produit plus variée tant sur le type que le mode.</p> <p>Auto-régulation du site plus marqué qu'auparavant (interdiction du lieu de la part des anciens vers des nouveaux consommateurs). Re-composition du circuit de vente et revente dans et à périphérie de la scène influent sa fréquentation.</p> <p>L'exemple de la période non-couverte, le pont de l'Assomption, montre que la violence peut vite refaire irruption.</p> <p>Le travail collectif se matérialise en d'autres choses par la réalisation d'affiches et flyers communs.</p> <p>Un partage des cahiers de bord retraçant les interventions.</p> <p>Un important travail de préparation des réunions inter-associatives et institutionnelles.</p> <p>Emergence d'un projet d'hébergement communautaire.</p>
--	--	--	---	---

Exemple de fiche signalétique

CAARUD 18

Nom de la structure de rattachement	Association Charonne
Direction	Catherine PEQUART catherine.pequart@charonne.asso.fr
Secrétariat du siège	Sophie CLAMAGIRAND 01 48 07 57 00 ou 03 administration@charonne.asso.fr
Principales activités	1 lieu fixe de 2 espaces (Mixte et Femmes) 1 Antenne Mobile

Les services interviennent :

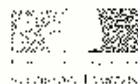
Sur place × A proximité ×

Personne référente pour la transmission interne et externe des informations sur l'évolution du site et des suivis communs : chef de service

Modes d'action	Le CAARUD reçoit des publics UD désocialisés, relevant d'un accueil de proximité et inconditionnel Lieux fixes : 35h / semaine en journée Antenne Mobile : 12h / semaine en journée et 18h en nuit/ semaine sur les secteurs de Château Rouge/ Stalingrad/ Bds des Maréchaux (Porte d'Aubervilliers- Porte de St Ouen)/ Mail Belliard-Rue du Poteau
Chef de service	Ysabel ROUX 01 46 07 94 84 Ysabel.roux@charonne.asso.fr
Assistant social	Permanence une fois par semaine d'une assistante sociale du CSST
Infirmier	1 présent a l'Espace mixte toute la semaine
Educateur spécialisé	13 ESTP
Moniteur éducateur	1 ME TP
Autres (précisez, chauffeur, accueillant, aide médico-psychologique)	1 socio-esthéticienne (1X / semaine) 1 podologue (1X / semaine) 1 médecin (2x / semaine)

Ressources utilisées	
Soins	Interne : Pôle médical
Hébergement	Interne : CHRS Charonne ou externe partenariat Samu Social, CHRS
Droit commun	Mairie, services sociaux (CAF), service de Police, service de la Préfecture
Territoire	Partenaires : Mairie, Ville
Autres	

Recueil de données	
Supports papier	Cahiers Feuille de route
Logiciel de saisie	Excel – masque de traitement des données Word- Compte-rendu linéaire de sortie
Autres outils utilisés en dehors du DIPEC	Fiche signalétique établie sur personne de la file active Fiche entretien



Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

PREFECTURE DE PARIS

Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales de Paris

PREFECTURE DE LA SEINE SAINT DENIS

Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales
de la Seine-Saint-Denis

Cadre d'intervention des structures médico-sociales du champ de la toxicomanie et de la réduction des risques à Saint Denis

Juillet - août 2008

Contexte

La commune de Saint-Denis fait face à une présence massive de toxicomanes (consommateurs et trafiquants). Cette situation est caractérisée, selon un diagnostic initial des structures de réduction des risques de Saint-Denis ou du quart nord-est parisien, par la dégradation de l'état sanitaire des personnes, liée à la consommation, et par des phénomènes de violence, vols et autres nuisances auprès des habitants. Les problèmes d'hygiène ont également été relatés.

Suite à l'évacuation du squat rue Charles Michels le 12 juin 2008, les personnes toxicomanes se sont disséminées le long du canal de Saint Denis et de la rue Brise Echalas en scène ouverte.

La particularité de cette situation est que le département se retrouve devant une situation nouvelle avec la « sédentarisation » de consommateurs de crack.

AIDES 93 qui tient une permanence proche du canal près de la gare RER-Grand ne peut faire face seule à cette forte affluence.

Face à cette situation, les DDASS de Seine Saint-Denis et de Paris, les associations parisiennes et de Seine-Saint-Denis ont proposé un projet conjoint d'intervention médico-sociale.

Un premier diagnostic réalisé par les structures médico-sociales a montré une présence de 60 à 80 personnes sur site en permanence qui viennent de Paris et de sa petite couronne. Le nombre de passage d'usagers/jour est estimé par les riverains à près de 500 personnes. Il s'agit de poly-toxicomanes crackers, dont un tiers sont connus des équipes médico-sociales.

Il s'agit d'une population d'une diversité plus large que celle habituellement identifiée sur les scènes de crack (70% origine afro-caribéenne). La présence d'origine maghrébine et européenne est plus importante. Est notée la présence de nombreuses femmes, l'âge des consommateurs est très variable, et le public de type européen semble plus jeune.

Le voisinage rapporte des faits de prostitution, notamment dans le square qui jouxte la scène et qui en est une sorte d'extension et où de nombreux usagers stagnent évinçant du parc d'autres publics.

Lors de la réunion du 17 juillet à la sous-préfecture de Saint Denis, à laquelle participaient les services de l'Etat de Seine Saint-Denis et de Paris ainsi que des élus de la ville de Saint Denis, des représentants du conseil général, de Réseau ferré de France et des canaux de Paris, il a été acté le principe de la mise en œuvre immédiate d'une action médico-sociale complémentaire à celle des forces de l'ordre et faisant intervenir conjointement les centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) concernés dans les deux départements.

Ce cadre d'intervention des structures médico-sociales, validé par la sous-préfecture, est ainsi transmis aux partenaires de l'action.

Pré-requis pour la mise en place d'une action médico-sociale :

Il a été acté lors de la réunion du 17 juillet les 4 points suivants comme pré requis à une intervention concertée

- Assurer un accès à l'eau potable et l'hygiène des lieux par l'évacuation des déchets et la mise à disposition de sanitaires (mairie de St Denis).
- Garantir la complémentarité des interventions entre les différents partenaires en permettant aux intervenants de se connaître et de connaître la finalité d'intervention de chacun, en vue de faciliter la communication et la coordination sur le terrain. A cet effet les missions de chaque partenaire seront explicitées, un réfèrent sera nommément désigné afin de faciliter les échanges pour les professionnels médico-sociaux, les forces de l'ordre et les services de la ville. Des points de situation partagés réguliers seront assurés. Le planning d'intervention des CAARUD sera communiqué aux partenaires (a minima une fois par jour du lundi au vendredi, les plages initiales figurant en annexe étant susceptibles d'évoluer)
- Articuler les interventions afin qu'elles ne soient pas contre-productives : a minima, éviter les interventions simultanées non coordonnées
- Intervention limitée dans le temps et ne valant pas accord des pouvoirs publics sur l'appropriation de l'espace public par les usagers de drogues
- Nécessité d'organiser la communication publique autour de cette situation

Il a été également convenu que les structures médico-sociales approfondissent leur diagnostic initial dans un délai de 10 jours.

Dans le même temps et afin de limiter la consommation associée d'alcool et ses conséquences, la ville de Saint-Denis a décidé de prendre un arrêté interdisant la vente d'alcool à emporter et la consommation d'alcool sur la voie publique de 22h à 6h sur l'ensemble de la commune.

Enfin, une cellule de veille a été créée sous l'autorité de la sous-préfecture de Seine-Saint-Denis, composée des services de l'Etat de Seine Saint-Denis et de Paris ainsi que des élus de la ville de Saint Denis. Il a été prévu qu'il se réunisse le 13 août.

Finalités de l'intervention médico-sociale complémentaire de l'intervention des forces de l'ordre

Dans la perspective d'une évacuation du site, il a été convenu de mettre en œuvre une action médico-sociale complémentaire et coordonnée à celle menée par les forces de l'ordre et dont les finalités sont les suivantes :

- Amorçage ou poursuite d'une démarche de socialisation et d'accès aux soins par la prise de contact avec les toxicomanes, réduction des risques directement liés à la consommation de drogues et limitation des autres risques liés à la prise de produits psycho-actifs, à la violence et aux conditions d'hygiène

④ Réduction du trafic par la présence des intervenants en complément du travail des services de police

- Réduction des risques de reconstitution immédiate sur un autre site par l'élaboration d'un diagnostic partagé et d'une stratégie d'intervention cohérente impliquant les différents acteurs médico-sociaux et les autres partenaires (police, ville...)
- ✕ Réduction des nuisances pour le voisinage par une démarche articulée et complémentaire des intervenants médico-sociaux et des services de police, et affirmer une réponse en termes de politique publique qui soit explicable et visible

Objectifs opérationnels

- Renforcer les actions dites de « réduction des risques » qui visent la prévention de la mortalité et des maladies liées à la consommation de produits psycho-actifs : hépatites, sida, autres infections..., notamment avec la mise à disposition d'un matériel adapté à la réduction des risques
- Mobiliser les usagers pour réduire la désocialisation des personnes et les risques sanitaires
- ✕ Mettre en place un accueil, une écoute et les conditions d'un accompagnement médico-social dans une perspective d'insertion : ouverture ou réouverture de droits sociaux, orientation dans le droit commun
- Initier ou poursuivre une démarche de soins pour les usagers de drogues ✓
- Assurer des soins sur place ou à l'hôpital le plus proche, notamment aux urgences de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis
- Mobiliser les structures de prise en charge médico-sociales d'aval et plus particulièrement les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) de Seine-Saint-Denis et du quart nord-est parisien, mais également, au cas par cas, ceux des autres départements franciliens concernés (CSST parisiens).

Modalités

- Structures participantes

3 structures de Seine-Saint-Denis et 5 structures parisiennes :

- Structures de Seine-Saint-Denis : CAARUD AIDES 93 et PROSES, association MDM la Plaine
- Structures parisiennes : CAARUD Ipsud-La Terrasse, Charonne (espace femmes), GAIA-Paris, Coordination toxicomanie et EGO

- Organisation

- Des équipes mobiles d'intervenants spécialisés dans la prise en charge sociale et médico-sociale des toxicomanes iront sur le site 1 à 2 fois par jour du lundi au vendredi (calendrier hebdomadaire d'intervention fourni aux partenaires : forces de l'ordre, mairie, conseil général)
- Le lieu de stationnement du bus d'AIDES sera le point d'ancrage des interventions sur le terrain permettant un accueil dans de meilleures conditions en vue d'engager un accès aux soins et aux droits sociaux •

- Modalités d'actions

- contacts sur site et dans le bus

- o mise à disposition d'un matériel adapté de réduction des risques
- o deux permanences hebdomadaires assurées, dans le bus, par du personnel soignant pour les petits soins (un médecin de GAIA-Paris et une infirmière de Médecins du Monde-La Plaine) et relais vers l'hôpital le reste du temps ou selon la gravité
- o contacts avec les CSST dans l'aire géographique Saint-Denis/quart nord-est de Paris et recensement des disponibilités de prise en charge sanitaire et sociale sur la période estivale avec mobilisation des CSST des départements 92, 95 et 94 en tant que de besoin pour les personnes domiciliées dans ces départements

Il est à noter que la distribution de matériel sur le site permet d'inciter les usagers à venir rencontrer les intervenants sanitaires qui assurent une permanence dans le bus, et dans cet endroit plus sécurisant et stable d'initier des démarches d'accompagnement et de soins ➤

- Partenariats

- o Le CSST Corbillion de Seine Saint-Denis et 5 CSST du nord-est parisiens, La Terrasse, Charonne (espace femmes), GAIA-Paris, Coordination toxicomanie et EGO en lien avec les CAARUD de cette zone pour une prise en charge sanitaire d'aval
- o L'hôpital Delafontaine de Saint Denis et plus particulièrement le service des urgences
- o Les centres municipaux de santé de la ville pour l'accès aux soins somatiques
- o La direction de la santé de la ville de Saint Denis pour l'accueil des personnes sans couverture sociale actuelle
- o La ville de Saint Denis pour les questions d'eau et d'hygiène sur le site
- o Le conseil général de Seine Saint Denis pour un soutien aux associations participant à cette action
- o Les services de police dans une volonté de cohérence de l'action publique et de complémentarité des interventions
- o Tous services susceptibles d'être mobilisés en fonction des situations individuelles des usagers.

- Coordination

- o La coordination des structures médico-sociales sera assurée conjointement par un intervenant de Seine Saint Denis (Aides) et un intervenant parisien (CT).
- o Un point hebdomadaire sera fait avec les DDASS de Seine Saint-Denis et de Paris.
- o Un point de situation régulier, journalier si possible, devra être fait entre les référents ou représentants des différents intervenants.
- o Les associations présentes sur les lieux signaleront aux deux DDASS toute difficulté relative à leur action. Une situation de dangerosité pour les intervenants pourrait remettre en cause le déroulement de cette action.
- o Les deux DDASS signaleront à la sous-préfecture de St Denis, à Madame la Préfète à l'égalité des chances de Seine-Saint-Denis et au chef de projet drogues et dépendances - MILDT de la préfecture de Paris ces difficultés, sans délai, afin de prévoir rapidement les réponses appropriées.

Fiche d'identité

Ce qui a fait que votre structure s'est créée. Il s'agit de préciser les éléments qui éclairent les finalités, les raisons d'être initiales de la structure et le contexte dans lequel elle s'est historiquement créée. Au-delà de l'histoire proprement dite, il est ici question du sens initial qui a présidé à la mise en place de votre structure.

Vos valeurs, les idées qui fondent votre action et/ou votre éthique. Ce sont en quelque sorte les idées et valeurs (politiques, philosophiques, éthiques, idéologiques, etc.) que vous portez et qui, dans toute chose ou dans tout acte, vont servir à fonder l'équilibre entre pragmatisme et utopie, entre ce que vous êtes prêt à faire et ce que vous n'accepterez pas, entre le sens de votre action et le sens du résultat produit, etc.

Les objectifs qui fondent votre projet. Il s'agit de préciser les finalités et objectifs poursuivis par la structure et ses acteurs, en questionnant leur sens. Au-delà des finalités et des grands objectifs formulés, il faut ici préciser ce que vous visez.

La dynamique que vous souhaitez créer ou les résultats que vous souhaitez voir se traduire concrètement. Il s'agit de ce que l'on pourrait appeler des objectifs opérationnels : à quoi voulez-vous aboutir à travers vos actions ? quel est le résultat que vous souhaitez observer ? quel est le sens de l'action [direction et conception] que vous souhaitez voir se réaliser ? Autrement dit, qu'attendez-vous de votre propre action en terme de dynamiques et/ou de résultats ?

Les paradigmes et notions qui fondent votre action ou votre démarche. Si c'est, par exemple, l'insertion, l'animation, l'autonomie, la responsabilisation, l'accompagnement, l'accueil, etc., que mettez-vous derrière ces mots ? Au-delà des termes généraux, quel est leur sens concret, pour vous ? Qu'est-ce qu'ils impliquent fondamentalement ?

Les différentes missions et les différentes fonctions de votre organisation. Il s'agit de préciser les grandes lignes de l'organisation (secteurs d'activité ou champs d'action qui se traduisent par une organisation et une responsabilité spécifique), en soulignant les niveaux de hiérarchie, les fonctions de contrôle. Cela doit permettre d'identifier les différents types d'engagements vers un partenariat, selon les différents niveaux d'action et de responsabilité.

Le public que vous souhaitez toucher. C'est ce qu'on appelle le(s) public(s)-cible(s), du point de vue des objectifs. Il s'agit de préciser qui est visé : individus, collectifs, type de population... Cet élément ne doit pas être confondu avec le public effectivement touché par les actions : il s'agit de traduire ces objectifs et non des résultats ou les conséquences d'une organisation. Exemple de ce dernier cas : « les moins de 26 ans » parce que cela correspond à tel dispositif. Les objectifs n'ont pas à coller aux moyens, c'est l'inverse.

Votre territoire d'intervention (permanent et/ou ponctuel). Il s'agit de préciser les limites territoriales et ne pas les confondre (répartition de compétences, choix en fonction des moyens...). Autrement dit, ces limites sont-elles un choix délibéré, sont-elles liées aux limites de votre organisation ? Y a-t-il un enjeu à les faire évoluer ?

Le cadre et les limites de votre intervention. Il s'agit de répondre aux questions : où commence et où s'arrête votre intervention ? À partir de quand estimez-vous pouvoir intervenir et à partir de quand estimez-vous devoir passer le relais ?...

Les contraintes avec lesquelles vous devez composer. Notamment contraintes financières, matérielles, humaines, de locaux, d'organisation, statutaires, conventionnelles... Il s'agit des grands types de facteurs jouant comme des « contraintes de contexte » qui limitent votre liberté d'action ici et maintenant mais qui peuvent peut-être aussi évoluer !

Les relations avec vos financeurs (permanents et selon projets). Au-delà de la liste des financeurs, il s'agit de préciser le lien que vous avez avec eux : niveau d'indépendance par rapport au financier, aux objectifs et aux moyens/méthodes, type de relations que vous avez construit ou que vous cherchez à construire...

Vos forces et vos faiblesses... L'analyse que vous faites de vos forces et faiblesses, c'est en quelque sorte les résultats (en valeur positive ou négative) de l'évaluation que vous faites de votre action, de votre organisation et de votre fonctionnement, de vos compétences internes, de votre position sur le territoire, de votre relation aux autres et de la force de votre réseau, de votre relation au public, de votre capacité de mobilisation politique, de votre image ou bénévolat, de votre fragilité financière, de votre image extérieure...

Vos projets à réaliser en partenariat, vos motivations et vos intérêts. Le partenariat, on en fait quand on sent ses limites en terme d'action à faire, de qualité de l'action... Cela répond aux besoins de se développer ou de faire autrement ou de faire ce qu'on ne peut pas faire tout seul... Par rapport à cela, quels sont les projets ou les types d'actions sur lesquels vous auriez besoin de faire avec les autres ? Pour quelles raisons avez-vous besoin des autres ?

Les conditions auxquelles vous seriez prêt à travailler avec d'autres. On ne peut pas travailler avec d'autres si, dans la mise en collectif, ne sont pas respectées certaines choses, qu'elles soient de l'ordre des règles, des valeurs, des limites, etc. Quelles sont donc pour vous les conditions *sine qua non* sans lesquelles vous n'accepterez pas de vous engager, d'engager votre responsabilité, vos moyens... ? Il s'agit de ce qui n'est pas négociable, ce que vous chercherez à imposer, que vous refuserez de négocier, ce qui vous paraîtra inacceptable... Il s'agit surtout de préciser en quoi ce n'est pas négociable et pourquoi.

tellement insolubles *a priori*. La gestion de ces paramètres nécessite donc toujours des choix et une priorisation des éléments à prendre en compte (facteurs ou contraintes que l'on privilégie par rapport à d'autres). Mais, dans une logique de projet, la priorité reste (jusqu'à preuve du contraire) au sens, c'est-à-dire aux finalités et objectifs.

À titre d'exemple de démarche, on trouvera ci-dessous un rappel (simplifié) des grandes étapes de la méthodologie de projet, avec les principaux enjeux afférents à chaque niveau. Comme il est clair qu'un partenariat modifie les conditions de réalisation d'un projet, les étapes 13 à 20 de ce guide ne collent pas strictement à l'ordre du document suivant, qui porte sur un projet dans des conditions normales (si cela existe).

■ Étape 13 – Élaborer le projet : un cadre politique indispensable

— L'élaboration d'un projet (en 10 points) —

1. Définir l'objet (de quoi s'agit-il ?)

Trouver un intitulé, résumer l'objet et le sens par écrit, préciser l'envergure du projet, ses perspectives...

2. Clarifier les motifs (pourquoi ce projet ?)

Préciser le contexte dans lequel s'inscrit le projet, l'idée de départ et les constats qui le sous-tendent, élaborer un argumentaire montrant les intérêts du projet, lancer le cas échéant un diagnostic ou une étude de besoin...

3. Définir les objectifs (quoi, combien et pour quand ?)

Clarifier et hiérarchiser les objectifs de résultat, définir des objectifs intermédiaires et les objectifs cachés qui correspondent aux étapes nécessaires et à l'ordre de progression, préciser les effets induits possibles selon qu'on atteint ou non le résultat... Et à partir de là, élaborer les outils d'évaluation.

4. Déterminer des ressources (comment, avec quoi, avec qui ?)

Ressources nécessaires pour que le projet puisse fonctionner ; distinguer les ressources existantes et les ressources à développer, à prévoir ou rechercher, préciser les contraintes financières, juridiques, organisationnelles, techniques, de temps...

5. Préciser le timing (quand ?)

Définir le calendrier, les modalités d'inscription dans l'agenda du service en prenant en compte des facteurs d'opportunité, définir l'organisation avant le

démarrage et l'échéancier des conditions à réunir préalablement, préciser l'ordre des actions ou les étapes...

6. Définir les rôles, statuts, missions, fonctions (qui fait quoi ?)

Définir les compétences dont on a besoin, les rôles et fonctions de chacun, construire l'équipe en définissant les missions, définir les engagements de chacun, formaliser un engagement mutuel...

7. Identifier les résistances (quels obstacles sont à prévoir ?)

C'est un travail de prospective des difficultés envisageables, des scénarios à risque : résistances humaines ou organisationnelles, obstacles matériels ou techniques...

8. Prévoir les ajustements (quels scénarios de déroulement ?)

Envisager différentes hypothèses selon les obstacles ou difficultés possibles : décalage dans le temps sans modification du projet, alternatives sans changement des objectifs prioritaires du projet, révision des objectifs à la baisse ou à la hausse...

9. Communication (pourquoi, sur quoi, qui, quand, comment et où informer ?)

Il s'agit de réfléchir au contenu, au contexte et aux formes du message à faire passer : communication opérationnelle entre les acteurs du projet, communication interne et externe...

10. Évaluation (quels résultats, quel fonctionnement... ?)

Assurer le « feed-back » (retour d'informations), définir les modalités de suivi, de contrôle et de recadrage, conduire des bilans intermédiaires partiels, évaluer le final au regard des critères d'évaluation : mesure et analyse des écarts, enseignements tirés, perspectives...

L'étape 9 a traduit un engagement politique comme base du partenariat et comme fondement de la création d'un cadre spécifique. Mais, au stade de l'élaboration du projet proprement dit, le politique doit intervenir autour d'une fonction essentielle. C'est lui qui définit en lien avec les opérateurs — sur la base de leur diagnostic et souvent de leurs propositions — le sens du projet et ses objectifs. Les animateurs du projet en partenariat ont un rôle important dans la mobilisation du politique dans le démarrage du projet. D'autant que l'engagement du politique reste souvent fragile.

Lorsqu'on parle de politiques publiques, tout un chacun peut constater, en particulier dans le champ social, que l'on a plus souvent affaire

Extrait sur la méthodologie canadienne du programme "housing first"

GIRARD V., ESTECAHANDY E., CHAUVIN P., *La santé des personnes sans chez soi, Pladoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Rapport au Ministère de la Santé, novembre 2009
(L'annexe du rapport présente une version développée de la méthodologie)

Objectifs

Réaliser un programme expérimental « un chez soi d'abord » afin de :

1. Produire des preuves visant, dans un deuxième temps, à la mise en place d'une politique nationale efficace, susceptible de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être de toutes les personnes sans-abri.
2. Cerner les approches rentables permettant d'intégrer l'accompagnement au logement et d'autres formes d'accompagnement et de services ou d'autres conditions de réussite qui favorisent les changements positifs à long terme de la qualité de vie des populations visées.
3. Contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires et de leçons apprises qui pourront être appliquées dans le cadre d'efforts futurs visant la santé mentale, la santé somatique et le sans-abrisme en France.
4. Créer les capacités d'offrir des programmes et de procéder à des évaluations qui perdureront après les projets.

Méthodes

Il s'agira de transposer, en l'adaptant, le programme actuel Canadien. La méthodologie canadienne est décrite plus longuement en Annexe. Nous résumons ici les grands principes :

Modèle donnant la priorité au logement	
<ul style="list-style-type: none"> • Culture axée sur le rétablissement • Fondé sur le choix de tous les services par le consommateur • Seules exigences : revenu versé directement pour le loyer; visite au moins une fois par semaine pendant une période déterminée d'avance (soutien de suivi) • Suppléments de loyer pour les personnes ayant obtenu un logement sur le marché : les participants payent 30 % de leur revenu ou la partie de l'aide sociale qui couvre le logement • Caractère volontaire des services de traitement et de soutien – cliniciens et fournisseurs de services situés à l'extérieur du site • Droits juridiques de tenance à bail (pas de bail principal) • Aucune condition liée à l'aptitude à tenir un logement • Les responsables du programme facilitent l'accès au bassin de logements • Les appartements sont des habitations indépendantes principalement dans des endroits dispersés • Les services sont personnalisés, y compris la prise de mesures d'adaptation culturelle • Réduction des répercussions négatives de la consommation de drogues • Disponibilité de services d'ameublement et possiblement d'entretien • L'hébergement n'est pas lié à une promesse de suivre des traitements 	
(TCD – besoins élevés) <i>Pathways</i>	(GCI – besoins modérés) <i>Streets to homes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de TCD axée sur le rétablissement • Ratio client/employé de 10 pour 1 ou moins, y compris un psychiatre et une infirmière • Les employés du programme participent étroitement aux admissions et aux congés des hôpitaux • Les équipes se rencontrent quotidiennement et incluent au moins un spécialiste des services d'entraide • Services d'urgence sept jours sur sept et 24 heures sur 24 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cas intensive pendant au moins un an une fois un logement trouvé • Ratio client/employé de 20 pour 1 ou moins • Efforts intégrés de plusieurs travailleurs et organismes • Les travailleurs accompagnent les clients à leurs rendez-vous • Affectation centralisée et conférences mensuelles sur les dossiers • 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24

Pour les personnes ayant des besoins élevés, la méthode d'accompagnement utilisée est celle développée par Stemberis à New York, qui s'appelle Pathways. Pour les personnes ayant des besoins modérés, la méthode d'accompagnement utilisée est Streets to homes développée au Canada.

Population cible

2 critères :

Sans chez soi : sans chez soi absolu, mal-logé, exclu

Besoin : élevé et modéré

Taille des échantillons

3 échantillons « action »

100 avec des besoins élevés

100 avec des besoins modérés

100 avec des caractéristiques ou des besoins particuliers (femmes, étrangers, alcooliques, jeunes, sortant de prison, personnes âgées ou vieillissantes, ou encore atteintes de démence) selon les sites

3 échantillons « témoins »

100 avec des besoins élevés

100 avec des besoins modérés

100 avec des caractéristiques particulières (voir ci-dessus) selon les sites

Nature des données récoltées pour l'évaluation

A titre d'exemple, les variables individuelles suivantes devraient être recueillies :

Domaines	Variables	Instruments proposés/éventuels
Logement	Stabilité (objective et perçue)	Residential Time-Line Follow-Back Inventory (Tsemberis 2007)
État de santé	Mentale Physique	Colorado Symptom Index (CS) (Ciarolo 1981) <i>ou</i> Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ (Zimmerman 2001) Échelle des problèmes de toxicomanie — Global Assessment of Individual Needs (GAIN) (Conrad/Dennis 2007) EQ-5D (échelle visuelle analogue)
Fonctionnement	Autonomie Réaction au stress Gestion des finances Activités sociales constructives	Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Baker 1994)
Qualité de vie	Qualité de vie générique	EQ-5D
Démêlés avec le système de justice pénale et coûts	Temps passé dans des conditions restrictives, nombre d'accusations, nombre de plaintes, nombre de comparutions devant un tribunal, nuits passées en prison ou renvois et incidents critiques	Listes de vérification des événements importants et des coûts normaux
Recours au système de santé et coûts	Visites à l'urgence, hospitalisations, visites pour des soins primaires ou spécialisés	Calendrier du recours aux services de santé réguliers, par exemple, coûts réguliers

Organisation en fonction des réalités du terrain français

Les acteurs nécessaires sur chaque site sont :

- Des associations d'usagers de la psychiatrie et de drogues impliquées sur les questions de précarité et connaissant la RDR.
- Des Equipes mobiles psychiatrie précarité ou équivalent (PASS mobile, équipe RDR de proximité), au fait des questions de santé communautaire et les équipes hospitalières partenaires (secteur psychiatrie, PASS, urgences psychiatriques et somatiques)
- Des programmes « médiateurs de santé » intégrés au programme « chez soi d'abord »
- Une équipe de recherche capable de mener une recherche action de ce type
- Des associations travaillant sur le logement en lien avec la santé

Les besoins en formation

- Formation des acteurs des équipes aux pratiques *pathways* et *streets to homes*
- Formation des partenaires sanitaires et sociaux à ces pratiques
- Formation des différents acteurs aux principes de la recherche-action et de l'évaluation
- Formation sur la médiation et les travailleurs pairs

Les conditions indispensables à la bonne réalisation du programme

- Pilotage institutionnel par le Préfet en collaboration avec l'ARS (personne en charge du volet sans-abri).
- Implication des élus locaux sur chaque site
- Implication des différents acteurs de la lutte contre les exclusions
- Animation d'une politique publique locale afin de faire cette expérimentation, une expérimentation partagée et où chacun est acteur et non spectateur

Pilotage national

- Deux représentants des usagers de la psychiatrie
- Deux représentants des personnes SDF
- Deux représentants des usagers de drogues
- Une équipe regroupant un responsable DGAS, un responsable DHOS, un responsable DGS et un responsable DSS.
- Un représentant du préfet Régnier spécialisé sur les rapports entre logement et santé
- Un chercheur responsable de la coordination des évaluations (rattaché à l'ORSFER, Lyon)
- Un représentant associatif sur le logement
- Un responsable INPES
- Un responsable MNASM
- Un représentant CNSA

Les résultats attendus

- Avoir une description précise des liens entre santé et habitat pour ces populations
- Avoir des preuves sur l'efficacité comparé du dispositif standard versus le dispositif expérimental concernant la santé et la qualité de vie des personnes
- Avoir des preuves sur l'efficacité des soins à domicile versus à l'hôpital pour les maladies chroniques

Budgets

Le coût du programme ne peut être à ce jour évalué précisément car il doit être adapté au contexte français. Ce travail d'adaptation est assez facile à opérer car nous avons la possibilité de nous faire aider par les opérateurs du programme québécois.

Si nous partons sur la base de 12 000 euros (15 000 dollars) par personne comme coût global moyen annuel, qui comprend le logement et l'accompagnement, nous pouvons faire une première évaluation qui devra bien sûr être affinée.

Soit, sur 5 sites : 200 personnes par sites, soit 1000 personnes au total, plus 5 fois 100 selon les sites, pour des populations particulières (étrangers malades durablement à la rue, personnes vieillissantes à la rue avec perte d'autonomie, personnes alcooliques, jeunes malades durablement à la rue, sortants de prison malades mentaux), soit 1500 personnes maximum, soit 18 Millions par an, sur 4 ans.

A cela doit se rajouter un financement pour l'évaluation que l'on estime entre 10 et 20 % du budget (cette évaluation comprenant le suivi d'un groupe témoin). Il faut rajouter un budget pilotage global d'environ 1,5 million. En prenant le pourcentage moyen, cela fait 2,2 millions en plus par an, soit un total d'environ 22 millions par an.

Cette expérimentation sur 1500 personnes peut, à terme, en cas de résultats positifs se généraliser. La généralisation peut se voir en au moins deux temps. Un premier temps qui concernera les malades mentaux sévères sans abri, qui représentent entre 20 et 50 % de la population sans abri. Un deuxième temps qui concernera toutes les personnes sans abri présentant des maladies chroniques.

A terme cette expérience peut nourrir la réflexion sur les stratégies globales de lutte contre le phénomène du sans-abrisme.

Références bibliographiques

- ¹ Damon J. *La question SDF, ciblage et bricolages*. Paris, Université Paris Sorbonne, 2001.
- ² Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées. *15^{ème} Rapport « Hébergement des personnes défavorisées : sortir de la gestion de crise »*. Paris, juin 2009.
- ³ Collectif. *Rapport du jury d'audition*. Paris, Conférence de consensus « Les sans abris », novembre 2007.
- ⁴ Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La Documentation française, mars 2007.
- ⁵ Fondation Abbé Pierre. *L'état du mal-logement en France*. Paris, rapport annuel 2009.
- ⁶ Pinte E., *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri*. Rapport au Premier ministre. Paris, La Documentation française, septembre 2008.
- ⁷ Marciquet V. *Groupe Phosphore – rapport de fin de mission*. Marseille, Cabinet Panama, juillet 2009.
- ⁸ Interview au journal Le Monde, citée dans : Rollot C. *Le droit au logement n'est pas assuré, les expulsions se sont multipliées*. Le Monde, 30 octobre 2009.
- ⁹ Ponssard MC. *Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France*. Pluriels 2007, n°65.
- ¹⁰ Stefancic A, Shacfer-McDaniel N, Davis A, Tsemberis S. Maximizing followup of adults with histories of homelessness and disabilities. *Evaluation and Program Planning* 2004; 27: 433-42.

L'errance comme compétence.

Il est de bon ton de déplorer aujourd'hui la montée de l'errance. Celle-ci serait responsable de bien des maux. Cette notion évoque, en effet, l'existence de populations qui, faute d'être insérées socialement, vivent, sous des formes très diverses, des situations de divagation nuisibles aussi bien à elles-mêmes qu'à la société. Etre dans l'errance, c'est affronter le froid, la faim, la maladie, la drogue, le suicide, le chômage, la violence, la perte d'identité etc...Mais, pour certains, l'errance menace aussi l'ordre public, en témoignent par exemple les arrêtés anti-mendicité qui ont été pris par plusieurs municipalités et qui visent à sécuriser l'espace public.

Parler de l'errance, c'est donc implicitement appeler des réponses en termes de stabilisation et d'insertion des populations. Il s'agit ainsi de trouver un toit stable aux personnes sans domicile fixe, d'ouvrir plus largement les voies d'accès aux services dont certains sont privés, d'inscrire durablement dans des filières professionnelles ou de formation ceux qui n'y font, au mieux, qu'un passage épisodique. En bref, il s'agit sinon d'éradiquer du moins de réduire l'errance, en vantant, tacitement, les mérites de la sédentarité.

Force est de constater toutefois, l'impuissance des stratégies de stabilisation des populations vagabondes. D'abord, en ces temps de crise, les offres de logement, de travail ou de formation semblent particulièrement limitées. Ensuite, bien souvent, ces offres ne paraissent pas vraiment adaptées au profil des populations qui se présentent, ici ou là, dans les structures qui leur sont dédiées. Il n'est pas rare, enfin, que ces offres soient, d'une manière ou d'une autre, déclinées par les intéressés eux-mêmes. Les travailleurs sociaux en font fréquemment le constat : les personnes concernées ne se rendent pas toujours, loin de là, aux rendez-vous qui leur sont donnés. Quand elles accèdent enfin à un emploi, à une formation, à un hébergement ou à une structure de soin, il arrive souvent qu'elles les abandonnent sans raison apparente. Elles n'hésitent pas non plus, parfois, à dilapider en quelques jours les minima

optimal de multiples fonctions, mais aussi parce que les individus y occupent une place assignée. Le progrès tant économique et social repose sur le principe de l'accumulation, laquelle ne peut s'opérer sans une certaine stabilité.

Ce n'est plus le modèle de la fixité qui organise la société post-moderne. Les processus d'intégration par des normes et des règles auxquelles les individus sont appelés à adhérer, ne fonctionnent plus. La société devient poly-centrée et réticulaire. Ses frontières mêmes, tendent à s'effacer. Les repères s'effritent. La société devient elle-même nomade. Dans ce contexte, le lien social repose de plus en plus sur la capacité adaptative des individus, c'est à dire sur leur aptitude à changer de milieux, à naviguer entre plusieurs réseaux professionnels, sociaux et affectifs tout aussi flous et versatiles les uns que les autres. L'individu post-moderne n'obtient pas cette compétence en intégrant les valeurs transmises par les générations antérieures. Il l'acquière en définissant "lui-même" ses propres valeurs et en "se construisant lui-même". Moins en se cristallisant autour de son identité qu'en parcourant et en valorisant la pluralité de son être. L'exploration d'une multiplicité des mondes doit lui permettre d'étayer sa subjectivité plurielle. Inversement la diversité de ses dispositions doit l'autoriser à se déplacer dans l'espace social de la réticularité. Fondamentalement, l'individu post-moderne se situe dans une problématique de la mobilité, de la fluidité et de l'errance.

Seulement voilà. Dans cette société atomistique et instable, tous ne sont pas logés à la même enseigne. Certains excellent dans le mouvement et s'enrichissent au gré des changements et des ruptures. Ils parviennent à constituer en véritable capital, l'environnement réticulaire dans lequel ils ne cessent de se mouvoir. D'autres, au contraire, abordent les changements et les ruptures comme de véritables échecs. Parce que les conditions matérielles, sociales, affectives dans lesquelles ils se trouvent sont trop difficiles et dévalorisées, ils vivent l'errance comme une épreuve de disqualification personnelle. Les mêmes processus peuvent ainsi conduire aussi bien à la construction qu'à la destruction de soi.

On peut évidemment penser qu'il serait souhaitable de stabiliser ceux qui souffrent de l'errance, ceux qui n'y trouvent pas leur compte. Mais on peut aussi se demander si une telle préconisation ne risque pas d'isoler davantage les personnes concernées, en les privant en fait, des

compétences que requiert la société réticulaire. L'exclusion ne menace-t-elle pas en priorité ceux dont la mobilité est réduite, ceux qui ne disposent que très peu de moyens de "reconversion" ? Plus encore, en orientant des personnes qui pâtissent de l'incertitude du lendemain, dans des trajectoires qui, au bout du compte, s'avéreront tôt ou tard, elles aussi incertaines, ne court-on pas le risque de raviver les blessures narcissiques ?

Plutôt que de tenter vainement de "juguler" l'errance, ne serait-il pas alors préférable de l'accompagner et d'en rechercher la valorisation ? C'est peut-être ce que s'efforcent de réaliser les dispositifs d'accueil et d'écoute qui s'affichent comme inconditionnels. Nombre d'entre eux en effet, n'offrent plus l'insertion comme perspective obligée et ne paraissent plus poser comme préalable à leur accès, ni le désir de sédentarisation, ni l'engagement d'une modification des comportements. C'est peut-être la raison pour laquelle ces structures sont, en général, très appréciées par les personnes qui les utilisent. Celles-ci, d'ailleurs, ne manquent pas, à l'inverse, de stigmatiser les institutions qui laissent planer l'espoir de la stabilisation quand chacun sait - les gens ne sont pas dupes - que cette stabilisation ne se produira jamais¹...

Pierre A. Vidal-Naquet

¹ Pierre A. Vidal-Naquet, Sophie Tiévant, *Des moments pour être soi*, Ministère des Affaires Sociales, Direction de l'Action Sociale, CERPE. 1997.