

## Synthèse du rapport - Schéma d'intervention collective

### 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



#### *Des caractéristiques locales dans les squats et scènes ouvertes*

D'autres pays ont connu et connaissent des scènes ouvertes ou bien des squats liés au trafic de produit. Ceux répertoriés sur le territoire sont spécifiques, dans la mesure où ils découlent souvent du fait d'un petit nombre de consommateurs de drogues en recherche d'habitats. Le lien entre les sites et le marché des produits est secondaire par rapport à cette fonction première. Les lieux sont dans un premier temps de petites zones d'habitations, avant qu'une sur-fréquentation ne s'installe peu à peu. Les résidants des sites sont caractérisés par un pourcentage relativement constant de consommateurs polytoxicomanes, avec une dominance du crack, vieillissants et chronicisés dans la marginalité. L'autre part du public rencontré est composée de personnes insérées à minima. Elle comporte davantage de nouveaux consommateurs, ayant souvent plus de 25 ans. Systématiquement, les sites sont connus par l'ensemble des professionnels concernés par la consommation de produits en rue ou dans des lieux de relégation (Sécurité Publique, RDR, Ville,...). Les sites font l'objet d'une attention collective. Mais, même si les intervenants agissent sur une même problématique, ils agissent avec des logiques et des buts différents. Ces approches diverses et le paramètre de la fréquentation du lieu, forment des dynamiques temporelles qui paramètrent sa durée de vie. En fonction, le site existe plus ou moins longtemps.

Lorsque le contrôle du lieu échappe à ses habitants initiaux et qu'ils formulent une demande d'aide, alors il est constaté la plupart du temps, la décision d'orienter les actions respectives des professionnels sur une intervention collective. Leurs différences forment une certaine complémentarité. Les contraintes qui pèsent sur chacun amènent à la formation d'un schéma d'intervention que l'on retrouve sur les différentes expériences.

#### *L'esquisse d'un modèle possible lors des situations de regroupements importants*

Le principe d'une intervention médico-sociale est accepté par l'ensemble des professionnels. L'équipe qui a le plus d'antériorité dans l'entrée sur le site, coopte l'entrée d'autres intervenants. Ce moment de l'entrée est travaillé en amont. Il se fait avec l'autorisation des consommateurs de drogues. Entrer sur le site permet de mener une tâche prioritaire, commune à toutes les structures de la RDR, celle de l'observation du lieu et des consommateurs présents. Une image est fixée du site, afin de percevoir son évolution. L'observation permet une veille sanitaire, à la fois sur la tenue générale du site et sur les situations individuelles. Le but commun des structures est d'inciter les consommateurs résidants à garder le contact avec l'extérieur. Dans la perspective de poursuivre un accompagnement médico-social post-évacuation, toutes les structures mènent une évaluation des situations individuelles. Un tableau commun agrège les données recueillies. Il est porté

devant les financeurs et décideurs publics en tant qu'élément d'expertise dans les prises de décision concernant le site et la période post-évacuation.

Sur le lieu même, les structures mènent d'autres tâches communes que l'observation et le suivi de l'évolution. Elles exercent également les bases de la RDR, en orientant et délivrant du matériel. Elles investissent aussi des services proches de l'urgence sociale. Leurs actes se conjuguent avec la motivation des usagers de drogues résidants et avec les ressources techniques des services généraux des villes et des départements. Ce travail collectif permet de maintenir sur le site des conditions de vie salubres et dignes. Par ailleurs, les structures apportent aussi leurs compétences spécifiques sur le terrain. Chacune contribue au développement et à l'implantation d'une intervention médico-sociale très complète sur le site.

La mise en place d'une intervention médico-sociale induit une orientation collective de la part de l'ensemble des professionnels. Ceci est remarquable dans la mesure où elle maintient souvent le site dans un temps plus long que dans le cas où elle ne se déroulerait pas. De plus, elle suscite l'anticipation d'un temps post-évacuation où le financement de places hôtelières favorise la continuité des suivis croisés et globaux des consommateurs de drogues dans le long terme.

### ***Des jalons qui améliorent l'intervention sur site et une dynamique qui alimente la coopération interprofessionnelle hors sites***

Les expériences en direction des sites ont permis de nouer des contacts plus approfondis, à la fois avec des usagers très marginalisés n'exprimant pas de demandes et avec des usagers traditionnellement moins visibles dans l'espace public. Ceux-ci sont souvent insérés à minima et les professionnels de la RDR développent dans leurs directions un travail confortant leurs maintiens dans leurs environnements sociaux (famille, emploi,...), leurs ressources et une plus grande prise en considération des risques induits par leurs consommations. De la même façon, les interventions en direction des sites ont été l'occasion pour les structures de la RDR de renforcer les rencontres avec des professionnels habituellement peu ou pas contactés : les métiers de la Ville, depuis les élus jusqu'aux agents techniques, les différents services de la Sécurité Publique, les représentants des préfectures, les professionnels participant à la procédure juridique encadrant une expulsion (huissiers, avocats,...). Elles ont également été l'occasion d'augmenter les contacts avec le secteur du social et du sanitaire, dans le cadre de suivis individuels (femmes enceintes, hospitalisation psychiatrique, obtention d'hébergement en foyer,...). L'ouverture sur d'autres institutions politico-administratives que celles habituellement rencontrées, joue un rôle important dans le déroulement de l'intervention médico-sociale. C'est ce dialogue qui assoit la possibilité de négocier avec le propriétaire du site l'aménagement d'un temps suffisamment important pour que l'intervention médico-sociale prenne du sens en tant que prises en charges individuelles.

Pour les structures de la RDR, les actions collectives ont notamment permis de rendre factuel les échanges de pratiques entre intervenants de terrain. Les expériences ont suscité des rencontres qui facilitent l'impulsion d'une meilleure coordination dans le travail de rue au quotidien. Les squats et scènes ont rendu possible des conditions d'interconnaissance qui portent plus que sur celle du relationnel interindividuel, sur celles du fonctionnement et de la culture interinstitutionnelle. Les professionnels ont par ailleurs pu ajuster leur message de prévention par rapport à l'observation plus rapprochée des modes de consommation des produits, notamment le crack. Un autre élément fort dans la valorisation des pratiques est la manière d'entrer sur site, du moins l'aménagement de la présence des professionnels à proximité du site. Au-delà du moment de l'entrée, il y a un approfondissement des techniques de mobilisation des consommateurs de drogues sur leurs lieux de vie. Bien que ce thème soit

projeté inégalement par les intervenants, certains mettent en avant le fait que la base commune de leurs professions est de créer la demande et non l'attendre. Pour ceci, ils avancent des registres d'action sur lesquels ils se sentent le plus légitimes pour accompagner indirectement l'autogestion des personnes sur le site (registre de l'alimentation et de l'hygiène principalement). La mobilisation des groupes d'usagers dans la prise en considération et l'entretien des sites implique l'acquisition de compétences dans la lecture de l'aménagement du lieu. Il est aussi essentiel de repérer les consommateurs qui du fait de leurs leaderships, sont les plus à même d'être des relais de l'intervention médico-sociale sur place. Un site, celui de La Briche a vu une innovation dans les tâches spécifiques. Les structures associatives et les institutions ont réalisé les conditions de la mise en place d'une permanence sociale avancée. Le travail d'hygiène sur le site et la médiation avec le voisinage impacte favorablement l'acceptation de la présence des consommateurs dans le tissu urbain. L'action collective permet de prolonger la vie du site, en phase avec la procédure juridique d'expulsion.

La répétition des cycliques des sites a amené l'ensemble des acteurs impliqués à affiner leurs propositions d'hébergements. Une richesse de l'offre peut être répertoriée aujourd'hui. Les places hôtelières notamment permettent de s'adapter à plusieurs profils de situations individuelles. La phase de la post-évacuation est un temps particulier où il existe une vue globale des différents suivis en cours, sur l'ensemble des structures participantes. Pour les intervenants, la stabilité de la personne dans un lieu favorise des suivis cohérents et ajustés selon l'évolution de la situation. La connaissance fine des publics concernés a également permis de créer un projet expérimental d'hébergement. Celui-ci, en un an d'existence montre la possibilité de générer la stabilisation des consommateurs dans un lieu donné, pour un temps long. L'instauration progressive d'un équilibre de la situation individuelle, dans le temps et l'espace, permet la réalisation d'objectifs médico-sociaux.

### ***Des difficultés prégnantes, symboliques des questions de fond de la RDR***

Le bilan des cinq ans met en avant des manques très clairement définis autour de publics spécifiques comme les jeunes et les femmes. Il montre aussi que les CAARUDs ont peu de possibilités dans l'ouverture des droits sociaux (coopération avec le droit commun) alors que les personnes qu'ils rencontrent ont des difficultés importantes d'accès. Un manque majeur est la construction de réponse spécifique pour les consommateurs de drogues vieillissants. Alors même que leur part dans les publics rencontrés s'alourdit progressivement.

En ce qui concerne le travail collectif, il se réalise malgré des divergences qui freinent le bon déroulement de la coopération sur site. Elles sont particulièrement plus prégnantes lorsqu'il s'agit d'implanter et développer l'action collective menée sur site. Les intervenants ont une élaboration fragile de la dimension éducative qu'ils peuvent déployer avec les usagers dans leurs lieux de vie. Une contradiction s'établit entre la déclaration de respecter l'intimité des consommateurs, la demande de présence physiques de ceux-ci en direction des intervenants, et la philosophie même de la RDR. Le cadre d'action des sites apparaît comme nouveau dans la mesure où les intervenants redécouvrent des questions traditionnelles dans l'histoire de la RDR. Comme par exemple, le parallélisme entre l'élaboration du message préventif avec l'acte de délivrer du matériel stérile et la teneur d'une intervention sur site. Par exemple, dans quelle mesure participer à la bonne tenue hygiénique du site ? La réaffirmation de l'objectif poursuivi peut rappeler l'orientation de la conduite à tenir. Un positionnement professionnel équilibré entre trop de proximité et trop de mise à distance, qui nuisent à l'impulsion d'une coopération entre professionnels et usagers.

Par ailleurs, des freins s'expriment dans l'adoption d'un outil commun alors même qu'elle est demandée. Les outils utilisés rendent compte de l'évolution globale de la situation d'un site et de celles des consommateurs. Ils donnent aux intervenants une visibilité des ressources et des structures engagées dans les suivis communs. L'un des freins énoncés est « le contrôle » du consommateur. Or, l'outil utilisé sert uniquement à rendre visible les professionnels référents dans l'accompagnement socio-sanitaire des consommateurs. Il y a une forme de confusion entre des notions voisines comme devoir de confidentialité, secret professionnel, secret partagé et anonymat. En deçà d'une divergence des perceptions autour d'un outil commun, il subsiste des difficultés à s'organiser dans la pratique pour actualiser en réseau les données communes. La même forme de confusion se retrouve dans les freins observés au signalement ou à l'engagement des structures dans une intervention collective sur site. Les craintes liées au signalement des sites soulignent le risque de précipiter l'évacuation ou de renforcer les interpellations des consommateurs. Elles sont infirmées voir contredites par tous les exemples d'interventions recensées. Par contre, elles évitent aussi de poser l'intervention collective comme une action automatique et préétablie par avance. Un point spécifique concerne l'organisation du jour de l'évacuation. La proximité physique entre des professionnels de secteurs différents contribue parfois, à créer un malaise dans les identités professionnelles. Là aussi, ce constat rappel l'historique de la RDR, qui constamment cherche dans la législation une articulation entre Santé Publique et Police. Des aménagements simples peuvent répondre à ce dernier point, par exemple avec des structures qui se placeraient à distance du site, sur des accueils fixes.

Une barrière prédomine dans l'engagement des structures et qui n'a pas trouvé pour l'instant de réponses. Les solutions dégagées post-évacuation permettent une stabilisation faible des consommateurs. Leur mobilisation dans la réalisation de leurs démarches socio-sanitaire en pâtie. Les intervenants sont à la fois conscients qu'un site laissé à lui-même est dangereux sur le long terme pour les consommateurs et à la fois, ils observent que les sites se perpétuent. Quelques uns ont donc la sensation d'intervenir par défaut, en dépit de l'existence de réponses autres. L'ensemble de ces freins font que le processus de concertation préalable à toute implantation et reconnaissance par l'ensemble des acteurs d'une intervention médico-sociale, peine parfois à se mettre en place avec réactivité.

### ***Innovations locales pour des situations complexes, améliorations et élaboration continue de réponses différentes***

Les types de freins recensés ci-dessus, nécessitent un retour et un échange plus approfondis entre structures, sur les bénéfices attendus et les inconvénients rencontrés avec une intervention collective sur site. Il s'agit de préciser les raisons d'engagements et les limites de chaque structure dans une intervention collective sur site. Ce temps de réflexion est amorcé avec la participation aux groupes de réflexions dans le cadre de la mission. L'approfondir demande de maintenir des lieux et temps de rencontres sur ce sujet, en dehors de la mise en place d'une action elle-même.

Il est proposé de maintenir ce lien via la formation continue des professionnels, quels que soient leurs fonctions. C'est en effet un temps qui se soustrait à la nécessité de l'action et vient nourrir la pratique. Les modules de formation, continue ou initiale, devraient inclure systématiquement une base commune et généraliste sur la mise en œuvre de la proximité, dans les postures professionnelles. Ils peuvent s'adresser à tous les types de métiers qui sont en lien avec la consommation de produits dans l'espace public ou dans un contexte de précarisation. Certains modules peuvent être pensés plus spécifiquement par rapport à la

RDR. Les expériences sur site ont été l'occasion d'échanges de pratiques professionnelles dont il est indiqué de maintenir les cadres de rencontres entre professionnel. L'organisation de ces modules peut être portée par une structure de terrain. Mais, comme pour les interventions collectives sur site, cette disposition gagne à être appuyée par la reconnaissance d'une institution tierce de ce rôle.

L'approche des problématiques liées aux toxicomanies est complexe car elles mêlent de nombreuses professions. Il revient aux représentants des institutions politico-administratives d'appuyer l'élaboration d'un maillage cohérent. En ce qui concerne la RDR même, les intervenants sont en tension. Ils sont partagés entre la nécessité d'intervenir, sans que des demandes soient systématiquement formulées, intervenir sans maintenir les personnes dans le site, mais aussi intervenir pour accompagner les consommateurs dans d'autres lieux de vie et non pas reconduire à la rue. Le constat est que la part du public avec qui ils travaillent, part la plus précarisées et la plus vieillissante, correspond à de multiples qualifications en tant que public-cible d'une politique publique, sans se réduire à l'une d'entre elles. La polymorphie administrative de ce public, le conduit à correspondre faiblement aux offres existantes en matière d'hébergements. C'est sur ce point que les avancées sont les plus attendues. Sans une extraction des personnes de la rue et un accompagnement médico-social fort sur du long terme, il est très délicat de projeter une avancée dans la trajectoire des consommateurs de drogues. Pour ce faire, plusieurs types d'expériences européennes existent. Le local peut s'y référer pour adapter les réponses existantes aux problématiques locales (salle de consommation sous supervision, quartiers dédiés, habitat alternatif, *housing firts*,...).

A moyen terme, le réaménagement urbain du territoire nord-est interroge les formes ultérieures que la circulation et la fixité des consommateurs prendront dans le tissu urbain. A long terme, il est à considérer de la part de l'ensemble des professionnels que derrière les situations individuelles, il y a une offre qui dépasse largement les frontières du local. Aussi, améliorer les réponses à apporter aux usagers implique une cohésion dans les différentes logiques professionnelles. La réaffirmation régulière d'un même objectif est une condition pour qu'elles s'organisent dans une complémentarité des actions.

## Schéma d'une intervention collective sur site

Repérage unilatéral du site par une ou des structures RDR ainsi que par d'autres professionnels (Sécurité Publique, agents de proximité,...) et/ou des habitants, usagers.

1<sup>ère</sup> mise au point entre structures RDR :

- Décision d'entamer à minima une intervention collective aux regards des éléments recueillis
- Désignation des structures volontaires pour intervenir
- Définition des paramètres de l'action collective
  - o Arrêt du planning d'intervention inter-structures
  - o Des lieux de positionnements des intervenants (dans le site ou à proximité)
  - o Des modalités de distribution du matériel de prévention (dans le site ou en dehors, quantités et types de matériel donné)
  - o Des services annexes délivrés (alimentaire, boisson, bobologie...)
  - o Choix d'un tableau commun de recueil de données
    - Désignation d'un référent par structures pour renseigner hebdomadairement le tableau
    - Désignation d'une structure pour assurer l'agrégation des données
- Arrêt d'une date de rencontre entre toutes les structures RDR pour réviser les prises de décisions et ajuster au besoin les moyens d'intervention.

1<sup>ère</sup> phase de l'intervention collective :

- Renseignement du tableau et description ethnographique du site (organisation de l'espace, éléments induisant un risque grave...)
- Veille sociale et sanitaire.

2<sup>ème</sup> mise au point entre structures RDR :

- Estimation de l'évolution de la situation tant vis-à-vis du site que des situations individuelles.

Décision de maintenir une intervention collective à minima ou de l'arrêter

- Signalement aux autorités des risques sur le site (incendie...)
- Poursuite de l'activité de veille

Décision d'accroître les moyens d'actions

- Etablissement d'une charte avec les usagers résidants (règles, objectifs à court terme pour le site).
- Révision du nombre de structures volontaires
- Mise en lien avec les institutions, services généraux, Sécurité Publique
- Suivi collégial de la procédure juridique concernant le site.

....

2<sup>ème</sup> mise au point entre structures RDR :

Décision d'accroître les moyens d'actions

- Révision du nombre de structures volontaires
- Mise en lien avec les institutions, services généraux, Sécurité Publique
- Suivi collégial de la procédure juridique concernant le site.
- Arrêt d'une date de rencontre ultérieure



2<sup>ème</sup> phase de l'intervention collective :

- Poursuite du renseignement du tableau, de la description ethnographique du site et de la veille sociale et sanitaire.
- Etablissement d'une charte avec les usagers résidants (règles, objectifs à court terme pour le site).
- Appui et conseils si demande pour la désignation de référents et système d'autogestion
- Choix de l'emplacement des aménagements nécessaires avec les usagers (bennes, point d'eau, condamnation de points dangereux,...)
- Ajustement dans le choix et l'aménagement des zones où les services sont délivrés (consultations sociales avancées, bobologie, rencontres, délivrance de matériel...)
- Travail de médiation avec le voisinage à proximité
- Amorce de l'élaboration de projets individuels en vue d'un dispositif de sortie



Alternance des phases de rencontres et d'intervention dans la durée de vie du site



X<sup>ème</sup> mise au point entre structures RDR et institutions politico-administratives

- Présentation des situations individuelles où les personnes ne peuvent compter sur des ressources propres.
- Définition des difficultés spécifiques rencontrées pour le maintien des conditions de vie dignes et de l'ouverture des droits médico-sociaux.
- Élaboration quantitative et qualitative de l'hébergement nécessaire post-évacuation :
  - o Définition du nombre de situations en adéquation avec des places en chambres hôtelières.
  - o Définition du nombre de situations en adéquation avec des places en foyer
  - o Définition du nombre de situations susceptibles de ne pas se maintenir dans les ressources existantes et proposition d'offres alternatives
- Préparation du dispositif de sortie le jour de l'évacuation :
  - o Choix du jour et évaluation collégiale avec la Sécurité Publique de la nature et le volume de l'effectif déployé.
  - o Définition de moyens employés (nombres de structures, d'intervenants, de véhicules,...)



Suivis post-évacuations :

- Maintien de réunions cliniques autour de situations entre professionnels RDR et du droit commun
- Retour hebdomadaire et mensuel sur l'évolution des situations.