



HAL
open science

Le monde de l'hébergement social à l'épreuve de la Réduction des Risques : enquête sur les consommations de drogues en CHRS

Olivier Rostane

► **To cite this version:**

Olivier Rostane. Le monde de l'hébergement social à l'épreuve de la Réduction des Risques : enquête sur les consommations de drogues en CHRS. Sociologie. 2019. dumas-02900679

HAL Id: dumas-02900679

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900679>

Submitted on 16 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N.B. : Le « nuage de mots » figurant en page de garde représente le vocabulaire utilisé par les personnes avec lesquelles j'ai échangé durant l'enquête. Il est basé sur la transcription de dix-sept entretiens, lesquels concernent six usagers et douze professionnel-le-s. Je l'ai construit en utilisant le logiciel d'analyse statistique « XLSTAT » (version 2018.6).

*S'il y a au monde quelque misère sans remède,
c'est le serrement de cœur que donne l'Incommunicable.*

Thomas de Quincey (1903) *Confessions d'un mangeur d'opium*, p. 144

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements s'adressent à Bertrand Ravon, le responsable du master ANACIS, pour m'avoir permis d'intégrer ce cursus. Il a été présent à toutes les étapes « clés » de mon parcours de formation, et ses retours réguliers ont guidé ma réflexion. Je remercie également Béatrice Deries d'avoir accepté de diriger ce travail de recherche. Le fait d'encadrer une recherche-action « en train de se faire » n'est pas chose facile... Merci pour ton ouverture d'esprit, ta patience et ta disponibilité. Je remercie plus largement l'ensemble de l'équipe pédagogique d'avoir accepté que je m'inscrive dans une temporalité différente. Je tiens aussi à remercier Frédéric Menneret d'avoir rejoint, avec autant d'enthousiasme, mon jury de soutenance.

Merci à l'ensemble de la promotion ANACIS 7. Le fait de pouvoir partager ses doutes et ses questionnements, lors des regroupements, a été précieux. Nos échanges ont éclairé mon cheminement de recherche. Merci encore pour votre livre, effectivement semblable à un *Que sais-je ?*, que j'ai lu avec beaucoup d'attention !

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui, durant l'enquête, ont accepté de « *dire, seulement dire* » leur expérience autour des consommations de drogues... J'ai été sensible à la confiance que m'ont accordée les usagers en acceptant de partager ainsi leur vécu en tant que consommateur. Merci pour votre sincérité. Je remercie aussi les professionnel·le·s de m'avoir fait part de leurs difficultés et de leurs questionnements. Merci à tou·te·s pour cette expérience de recherche partagée.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes collègues de Pause Diabolo pour leur patience à mon égard, et pour la place qu'il·elle·s ont accordée à cette recherche dans notre quotidien de travail. Un grand merci Zouaoui de m'avoir aidé à pousser les portes des CHRS. Je souhaite aussi adresser un remerciement particulier à Jeanne dont l'aide, jusqu'à parfois tard dans la nuit, m'a été précieuse.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien constant. Sachez que vos relectures attentives m'ont permis d'améliorer la qualité de ce travail. Merci aussi d'avoir accepté mes longues immersions dans le « monde » de la recherche. Un immense merci à toi, Patrick, pour avoir su m'accompagner dans cette aventure avec intelligence et humanité.

SOMMAIRE

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS	VI
GLOSSAIRE DU « MONDE » DES DROGUES.....	VII
LISTE DES FIGURES	IX
AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	1

PREMIÈRE PARTIE : LES CHRS À L'ÉPREUVE DE LA RdR	11
---	-----------

Chapitre 1.1 La RdR en CAARUD	11
1.1.1 Le MAS : « 50 ans d'action sociale »	11
1.1.2 Le CAARUD Pause Diabolo	13
1.1.3 Le CAARUD submergé par la précarité	16
Chapitre 1.2 La question de l'acceptabilité des pratiques de RdR en CHRS	23
1.2.1 L'embarras des responsables face aux consommations de drogues	23
1.2.2 Des paradoxes d'une législation à l'acceptabilité d'une pratique	26
Chapitre 1.3 L'hypothèse de la RdR comme épreuve pour les professionnel-le-s des CHRS... ..	28
1.3.1 Dans la « boîte noire » de la MVS	28
1.3.2 Des prémices d'une épreuve à la formulation d'une hypothèse.....	37

DEUXIÈME PARTIE : UNE ENQUÊTE AU CŒUR DE L'INDICIBLE	39
---	-----------

Chapitre 2.1 Vers une posture de praticien-chercheur	39
2.1.1 L'enquête à ses débuts	39
2.1.2 De la « philosophie RdR » à celle de John Dewey	42
Chapitre 2.2 Un style pragmatique : le CHRS comme « site de problématisation »	46
2.2.1 L'expérience de Carteret.....	46
2.2.2 L'indicible comme indice de l'acceptabilité	49
Chapitre 2.3 De la méthodologie aux premières pistes d'analyse.....	51
2.3.1 Récapitulatif des choix méthodologiques	51
2.3.2 Focus sur les entretiens semi-directifs	53
2.3.3 Thématiques abordées au cours des entretiens	56

TROISIÈME PARTIE : DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA RdR AUX RISQUES DE SA SOCIALISATION 66

Chapitre 3.1 Le phénomène des addictions dans les centres d'hébergement..... 66
3.1.1 Les professionnel·le·s face au « problème » des consommations66
3.1.2 Entre interdiction et tolérance.....72
Chapitre 3.2 La RdR : un changement de paradigme ?..... 80
3.2.1 Remise en contexte de l'émergence de la RdR en France80
3.2.2 Le concept d'internormativité.....82
3.2.3 La morale et ses déclinaisons.....84
Chapitre 3.3 Les usagers de drogues en CHRS : un enjeu de reconnaissance..... 90
3.3.1 Place des usagers dans l'enquête90
3.3.2 Les usagers et leurs consommations, entre sentiment de culpabilité et solitude.....93
3.3.3 La difficulté à « dire, seulement dire », du jugement à la reconnaissance.....99

QUATRIÈME PARTIE : LA RdR À L'ÉPREUVE DES CHRS 103

Chapitre 4.1 Réduction des dommages ou gestion des risques ? 103
4.1.1 Protection vs autonomie, sécurité vs liberté.....103
4.1.2 Des CHRS sous contraintes106
4.1.3 Une tendance à la gestion des risques.....108
4.1.4 Vers une pratique de <i>care</i>112
Chapitre 4.2 « Retour » à Pause Diabolo par le prisme du <i>care</i> 115
4.2.1 La RdR à l'épreuve de sa socialisation115
4.2.2 Du matériel sans accompagnement, une nouvelle orientation de la RdR ?.....116
4.2.3 Les seringues comme support à la relation119

CONCLUSION..... 121

POSTFACE 125

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 128
--

ANNEXES 136

TABLE DES MATIÈRES 182

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

ASUD	Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues	Addictologie
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	
CCAA*	Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie	
CIRDD*	Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances	
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	
CSST*	Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes	
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux	
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies	
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies	
PEKO	Programme d'Échange de Kits en Officine	
PES	Programme d'Échange de Seringues	
RdR	Réduction des Risques liés à l'usage de drogues	
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés	
UD	Usager-ère-s de Drogues	
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	Hébergement
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence	
MVS	Maison de la Veille Sociale	
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation	
ALYNEA	Association Lyonnaise d'Écoute et d'Accompagnement	Dénomination de structure
ARIA*	Association Rhône-Alpes d'Insertion et d'Addictologie	
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation	
CGR	Centre Gabriel Rosset	
FNDSA	Foyer Notre-Dame des Sans-Abri	
GT 69*	Association Généralistes et Toxicomanie	
Le MAS	Mouvement d'Action Sociale	
MdM	Médecins du Monde	
PROSES	Prévention des Risques, Orientation Sociale et Échange des Seringues	
ARS	Agence Régionale de Santé	Financiers
CROSMS*	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale	
DDASS*	Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales	
DDCS	Directions Départementales de la Cohésion Sociale	
DGS	Direction Générale de la Santé	
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives	
MILDT*	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie	
AVA	Atelier d'Adaptation à la Vie Active	Autres
CAQDAS	Computer Aided Qualitative Data Analysis Software	
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux	
ETP	Équivalent Temps Plein	
PROGDIS	PROgramme de Gestion de Données	
RMI*	Revenu Minimum d'Insertion	
RSA	Revenu de Solidarité Active	
SYGAC	Système de Gestion des Activités des CAARUD	

* Ces sigles n'existent plus officiellement.

GLOSSAIRE DU « MONDE » DES DROGUES

Ammoniaque	Produit utilisé pour baser la cocaïne. Il n'est pas recommandé en raison de sa toxicité (risque de brûlures des voies aéro-digestives). La cocaïne basée est appelée crack ou <i>free base</i> . *Appellation : « ammo ».	44
Bicarbonate de soude	Produit utilisé pour baser la cocaïne. La cocaïne basée est appelée crack ou <i>free base</i> . *Appellation : « bicar ».	44
Buprénorphine Haut Dosage (BHD)	Traitement de substitution aux opiacés, disponible en France depuis 1996. La BHD peut être prescrite par tout médecin sur une ordonnance sécurisée, pour une durée de 28 jours maximum. Il se présente sous forme de comprimé à mettre sous la langue (sublingual). La posologie varie généralement entre 8 et 24 mg par jour. Elle est commercialisée sous le nom de Subutex®. *Appellations : « sub », « subu ».	100, 175
Container	Boite de récupération du matériel d'injection usagé.	117, 120
Crack	La cocaïne est basée après injonction d'eau et d'une base (ammoniaque ou bicarbonate de soude). En chauffant, le mélange précipite en un résidu solide que l'on nomme crack, cocaïne basée ou <i>free base</i> .	44
Filtre « coton »	Outil de filtration pour préparer le produit avant l'injection (permet de filtrer les microparticules d'une taille supérieure à vingt microns).	15, 95
Méthadone	Traitement de substitution aux opiacés, disponible en France depuis 1995. L'initiation du traitement se fait en centre spécialisé (CSAPA) ou dans un service hospitalier. La méthadone se présente sous forme de sirop dont la prescription est limitée à 14 jours. Une forme gélule est disponible depuis 2008. Elle est réservée aux patient·e·s sous méthadone sirop depuis au moins un an et stabilisé·e·s dans leur traitement. La posologie est très variable, et oscille généralement entre 60 et 120 mg par jour. *Appellation : « métha ».	175
Nevershare®	Les seringues Nevershare® sont proposées aux usager·ère·s en CAARUD. Leurs cinq couleurs permettent d'éviter le partage.	118
Opiacés	Substances dérivées de l'opium (exemple : morphine, oxycodone, codéine, tramadol, buprénorphine, méthadone).	15, 17, 31, 91, 175
Steribox®	Kit de prévention contenant tout le matériel pour réaliser deux injections à moindre risque. Il est commercialisé dans les pharmacies, et proposé gratuitement dans les officines partenaires d'un programme d'échange de seringues. Le Steribox® est également distribué gratuitement en CAARUD et dans les distributeurs automatiques. *Appellation : « stéri ».	116, 140, 175
Sterifilt®	Outil de filtration pour préparer le produit avant l'injection. Plus performant que le filtre « coton » traditionnel, il permet de filtrer les microparticules d'une taille supérieure à dix microns. Le Sterifilt® est conseillé pour l'injection des médicaments, notamment le Subutex®.	15, 95

Sublingual	Façon d'administrer des médicaments par absorption au travers des muqueuses sous la langue.	X, 15, 100
Suboxone®	Ce médicament associe de la buprénorphine, le principe actif du Subutex®, avec de la naloxone qui est un antagoniste pur des récepteurs opioïdes. Ce médicament est disponible depuis 2012, et vise à empêcher l'injection de Subutex®.	98, 100
Subutex®	Nom commercial de la Buprénorphine Haut Dosage.	X, 15, 17, 91, 95-96, 98, 100, 175
Syndrome « de Popeye »	Il s'agit d'un gonflement de la face dorsale des mains et des doigts, le plus souvent lié à l'injection de Subutex®. L'un des excipients contenu dans ce médicament, l'amidon de maïs, est notamment insoluble dans l'eau. Des microparticules peuvent donc finir par obstruer les vaisseaux lymphatiques provoquant des œdèmes volumineux, lesquels se résorbent peu avec le temps. L'utilisation de Sterifilt® permet de limiter cette complication.	95

* Termes généralement utilisés par les usager·ère·s.

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION

1. ■ Porte d'entrée de Pause Diabolo, le 22 octobre 2018..... 5

PREMIÈRE PARTIE : LES CHRS À L'ÉPREUVE DE LA RDR

2. ■ Composition de l'équipe de Pause Diabolo, au 31 décembre 2018..... 14
3. ■ Situation sociale des usager·ère·s de Pause Diabolo en 2016 au niveau du logement et des ressources (données issues du logiciel SYGAC)..... 19
4. ■ Situation sociale des personnes accueillies à Pause Diabolo comparée à celle de l'ensemble des usager·ère·s des CAARUD en 2012, au niveau du logement et des ressources (données issues de l'enquête ENa-CAARUD 2012)..... 20
5. ■ Références faites aux addictions dans les dossiers de demande d'hébergement à la MVS..... 29
6. ■ Nombre de références aux addictions dans les dossiers de demande d'hébergement à la MVS..... 31
7. ■ Nombre de références aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO..... 33
8. ■ Pourcentage moyen des différents types de références sur l'ensemble des notes, dans les dossiers individuels..... 33
9. ■ Nombre de nuits obtenues, sur une durée supérieure à quinze jours consécutifs, par rapport au nombre de références faites aux addictions..... 36
10. ■ Répartition des situations en fonction des références faites aux addictions..... 37

DEUXIÈME PARTIE : UNE ENQUÊTE AU CŒUR DE L'INDICIBLE

11. ■ Affiche d'information relative au temps d'échange organisé au CHRS Carteret..... 48
12. ■ Caractéristiques des CHRS concernés par l'enquête..... 52
13. ■ Représentation graphique d'un entretien encodé avec Sonal (exemple d'Aurélien)..... 55
14. ■ Répartition, en pourcentage, des thématiques abordées sur l'ensemble des entretiens avec les professionnel·le·s..... 57
15. ■ Taux de relance relatifs aux différentes thématiques abordées par les professionnel·le·s..... 58
16. ■ Répartition des temps de parole, par thématiques relatives à l'accompagnement, entre les responsables et les professionnelles de terrain (à Carteret et au CGR - 122)..... 60

17. ■ Répartition, en pourcentage, des thématiques abordées sur l'ensemble des entretiens avec les usagers.	63
18. ■ Répartition du temps de parole consacré au projet d'établissement entre le responsable, les professionnelles de terrain et les usagers (à Carteret).	64

TROISIÈME PARTIE : DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA RDR AUX RISQUES DE SA SOCIALISATION

19. ■ Allée principale d'accès aux bungalows du CHRS Carteret, le 13 avril 2018.	68
20. ■ Terminologies utilisées pour parler de l'objet de l'addiction dans l'ensemble des documents de cadrage des CHRS.	70
21. ■ Qualification du phénomène de l'addiction par les professionnel·le·s des CHRS.	71
22. ■ Produits et types d'usagers concernés par l'interdiction.	74
23. ■ Qualificatifs attribués à l'usage et produits concernés.	74
24. ■ Analyse lexicale : interdit, tolérance, « régulation » (comparatif du vocabulaire utilisé entre les différent·e·s professionnel·le·s de Carteret et du CGR - 122).	76
25. ■ Situation par rapport à l'hébergement / logement des usagers interviewés à Pause Diabolo.	90
26. ■ Comparaison entre le « nuage de mots » des professionnel·le·s et celui des usagers.	97

QUATRIÈME PARTIE : LA RDR À L'ÉPREUVE DES CHRS

27. ■ Analyse lexicale : sécurité vs liberté, protection vs autonomie (comparatif du vocabulaire utilisé entre les différent·e·s professionnel·le·s de Carteret et du CGR - 122).	104
28. ■ Évolution des modalités d'intervention en RdR et en CHRS.	113
29. ■ Évolution des différents Programmes d'Échange de Seringues (PES) au CAARUD Pause Diabolo, entre 2014 et 2017.	118

Légende : ■ Tableaux ■ Graphiques ■ Photos

AVANT-PROPOS

Janvier 2007, à Lyon. Je termine mon stage de troisième année en tant qu'éducateur spécialisé en formation. Cette expérience, d'une durée de neuf mois, s'est déroulée au Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes (CSST) de l'APUS¹. Il s'agit d'un CSST avec hébergement. Au troisième étage de l'institution, les locaux du centre de soins jouxtent effectivement ceux d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) éclaté. Ces deux services fonctionnent indépendamment l'un de l'autre, mais leurs activités respectives s'avèrent être complémentaires. En effet, l'hébergement est présenté comme un outil pour accompagner les personnes toxicomanes.

Madame Gonay² est accompagnée au CSST depuis l'été 2003. Elle est âgée de 47 ans au moment où je la rencontre. Cette dame consomme un produit de substitution, du Subutex[®], en sublingual. Elle n'a jamais été héroïnomane, et ne pratique pas l'injection. « *C'est ma drogue* », dit-elle souvent. Madame Gonay présente également une dépendance aux jeux d'argent. Son allocation, en tant qu'adulte handicapée, est souvent dépensée en grande partie au Casino. Par ailleurs, cette dame habite temporairement dans un studio d'une trentaine de mètres carrés au sein d'une résidence sociale. Elle souhaite pouvoir accéder, par le biais du droit commun, à un logement plus grand. Je l'ai donc principalement accompagnée autour de la question du logement – même s'il s'agissait aussi, en réalité, d'un « prétexte » à la rencontre... Nous avons rendez-vous chaque semaine, généralement le vendredi.

Un peu avant mon départ, madame Gonay a souhaité m'offrir un cadeau. C'était le livre de Charles Duchaussois, *Flash ou le grand voyage*. En me tendant l'ouvrage, elle me dit : « *Tenez ! C'est le témoignage d'un toxicomane qui raconte son histoire. C'est la meilleure façon de comprendre le monde de la drogue. J'ai pensé que ce livre pourrait vous aider dans vos études. Vous verrez, c'est très bien expliqué* ».

C'est lors de ce stage que mon questionnement sur la dimension sociale de l'usage de drogues a émergé. J'ai retenu de cette expérience plusieurs enseignements. D'une part, il était déjà question du lien entre l'hébergement et l'addiction (sur le plan institutionnel et dans le

1. Association des Praticiens de l'Urgence Sociale. Précisons que les CSST n'existent plus aujourd'hui. Ils ont été regroupés avec les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), entre 2007 et 2009, pour devenir des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

2. Pour préserver l'anonymat de cette dame, j'ai modifié son nom de famille.

cadre singulier d'un accompagnement). Si le logement est un « objet » concret, relevant d'un besoin fondamental, il représente aussi un biais pour parler des consommations. D'autre part, madame Gonay m'a invité à m'intéresser à l'expérience, et donc au vécu des personnes concernées. Ce conseil vaut bien sûr pour l'éducateur, mais aussi pour le chercheur... J'ai d'ailleurs lu avec intérêt, quelques années plus tard, la thèse en sociologie de José Haro. Sa recherche porte sur le parcours des usager·ère·s de drogues³, et leurs relations avec les acteur·rice·s du soin. Il commence son analyse en présentant deux récits de « *toxicomanes remarquables* », dont celui de Duchaussois (Haro, 2004, p. 122).

3. Dans ce mémoire, j'ai utilisé l'écriture inclusive en me référant au manuel de Raphaël Haddad (2016).

INTRODUCTION

- *Les « premiers pas d'un éducateur en CAARUD... »¹*

À l'issue de ma formation d'éducateur spécialisé, j'ai souhaité travailler dans le champ de la toxicomanie. Mon expérience de stage en CSST m'avait beaucoup plu, et l'envie de continuer dans ce domaine s'est présentée telle une évidence. Les usager·ère·s de drogues montrent une fragilité qui me touche. L'accompagnement de ces personnes se situe à la frontière entre les aspects psychosociaux et médicaux, et j'apprécie beaucoup le travail en équipe pluridisciplinaire. J'ai donc été sensibilisé à ce public dans le cadre d'un centre de soins, et je connaissais très peu le monde de la Réduction des Risques (RdR). Nous étions en 2007. La philosophie de la RdR était alors perçue, par les différent·e·s acteur·rice·s, comme étant à l'opposé de celle du « soin ». Les professionnel·le·s des CSST étaient méfiant·e·s, voire hostiles, à l'égard des activités de RdR. À titre d'exemple, j'avais profité de ma présence à l'APUS pour demander à visiter le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) « Pause Diabolo ». L'intérêt d'aller dans ce type d'association semblait manifestement limité pour ma tutrice de stage. Sans s'y opposer, elle m'avait toutefois dépeint le monde de la RdR d'une manière plutôt péjorative. Mon passage en CAARUD avait alors été furtif, et je n'en garde pas de souvenir très précis.

C'est donc l'intérêt porté au domaine de la toxicomanie, plus qu'à la RdR en tant que telle, qui m'a amené à saisir l'opportunité de travailler à Pause Diabolo. Depuis janvier 2009, j'y exerce mon métier d'éducateur spécialisé. J'ai découvert dans ce cadre une pratique totalement nouvelle qui contrastait avec mon expérience initiale. Nous ne parlions plus de « patient·e·s / toxicomanes » mais d'« usager·ère·s (de drogues) ». L'accueil collectif, au quotidien, remplaçait les rendez-vous individuels. Au vouvoiement de rigueur se substituait le tutoiement, et les professionnel·le·s entretenaient visiblement un lien de proximité avec les usager·ère·s. Mais la différence la plus importante résidait dans la nature même de nos missions. La volonté de sevrage de la personne n'était plus une condition d'accès dans le service. L'objectif affiché était d'ailleurs tout autre. Plutôt que d'accompagner au sevrage, il s'agissait de limiter les dommages liés aux consommations. L'arrêt des produits n'était donc plus un idéal à atteindre. Les professionnel·le·s ne portaient aucun jugement, notamment

1. Ce titre est repris d'un article que j'ai écrit dans la revue *Lien Social* en 2010, voir *infra*.

d'ordre moral, sur l'usage de drogues. La personne était reconnue dans ses pratiques de consommation, et la parole était visiblement plus libre. Par exemple, le fait d'injecter son produit de substitution ne constituait plus un « mésusage » du traitement. Nous proposons même des filtres spécialement conçus pour limiter les dommages liés à cette pratique... Bref, je me trouvais confronté à un nouveau paradigme, celui de la « réduction des risques ».

J'ai alors cherché à mettre des mots sur cette arrivée dans le monde de la RdR. Après quelques mois passés à Pause Diabolo, j'ai rédigé un article qui témoignait de mes premières réflexions et observations (annexe 1). Je vous propose ici la lecture des deux premiers paragraphes :

« Rentrée 2009... le théâtre du moment se nomme CAARUD (lisez Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues), depuis neuf mois déjà. Le temps qu'il m'a fallu pour comprendre un peu mieux. Pour accepter moi aussi de "lâcher des choses" comme on dit... ce que l'on croit bon pour l'autre, ce que l'on aimerait pour lui : il faut y renoncer. La politique de Réduction des Risques (RdR) a été pensée pour répondre à une problématique de santé publique – l'épidémie de Sida², et s'inscrit dans une démarche d'éducation à la santé. Nous faisons dans ce cadre de la prévention secondaire, qui intervient pendant la période de consommation. Le fait étant que les personnes concernées par le service consommeront des drogues, avec ou sans nous. Alors "si vous vous droguez, faites le proprement... en prenant soin de vous" : juste ça... et c'est déjà beaucoup. Clairement, nous ne sommes donc pas là pour que les usagers arrêtent leur consommation. Ni pour les amener forcément à une démarche de soin (au sens médical du sevrage). Aussi, nous nous attarderons moins sur le fait même de consommer que sur la pratique de consommation. Ce qui est sensiblement différent. Il s'agit d'une possible alternative. Un premier pas pour certains.

Autant dire d'emblée que l'approche est (in)soupçonnée, le plus souvent incomprise [...]. À l'instar de la réalité qu'elle prend en compte, la RdR dérange – encore aujourd'hui. Notre approche repose sur le respect de la personne jusque dans l'acceptation de son usage de drogues. Ce qui est sûr, c'est que le produit a répondu de manière satisfaisante à un moment donné, et peut-être est-ce toujours le cas... et ça, il ne faut jamais l'oublier. Réaffirmons surtout que le produit n'est pas le problème en soi : il n'en est qu'une partie, autant qu'il est aussi une partie de la "solution". Le décor est planté. Reste à s'habituer à l'idée... » (*Lien social* n°987, 30/09/2010, p. 21)

Au départ, la démarche de RdR pouvait me laisser dubitatif. J'ai passé beaucoup de temps à échanger avec mes collègues sur le sens de notre travail, et tou·te·s n'avaient pas les mêmes motivations. Certain·e·s s'attachaient en priorité aux aspects sanitaires de la RdR, alors que d'autres s'intéressaient principalement à la dimension sociale de l'accompagnement. En plus, chacun·e d'eux·elles tenait parfois un discours contradictoire, entretenant ainsi une sorte de flou autour de nos missions. Qu'est-ce que le fait de « réduire les risques » signifiait-il concrètement ? Y avait-il un sens à parler des risques sociaux ? Je m'interrogeais d'ailleurs

2. Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

sur la place de l'éducateur spécialisé en CAARUD. À vrai dire, je n'avais pas fait ce métier pour réduire des dommages... J'ai donc tout simplement cherché à comprendre.

- *Une pratique réflexive : d'Anne Coppel à Ulrich Beck.*

J'ai commencé en lisant les principaux écrits d'Anne Coppel. Cette sociologue, militante associative, est une figure de la recherche-action dans le champ des drogues. J'ai découvert ainsi l'histoire de la RdR, du début des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Mon intérêt s'est porté ensuite vers la psychologie : discipline que j'ai étudié durant deux ans à l'université Lyon 2, en formation *à partir de la pratique*. J'en ai tiré de riches enseignements, me permettant d'être plus à l'aise dans mon positionnement auprès des usager·ère·s. Pour autant, je me suis aussi confronté aux limites de la pensée psychanalytique. Celle-ci peut difficilement permettre, par exemple, de comprendre la démocratisation des consommations de drogues : « *ce n'est ni l'Œdipe, ni le stade du miroir brisé, ni l'impossibilité d'accéder au symbolique qui l'expliquent* » (Lembeye, 2001, p. 13). Les théories freudiennes ne permettent pas davantage de comprendre l'émergence de la RdR, en tant que nouveau modèle d'intervention. Bref, les seuls aspects cliniques ne suffisant pas à saisir tous les enjeux en présence, je devais donc recourir à d'autres ancrages théoriques. C'est dans ce contexte que j'ai souhaité préparer le master ANACIS...

L'étude de la sociologie allait me permettre de prendre davantage de recul vis-à-vis de ma pratique professionnelle. Le plus souvent, la RdR est resituée dans le contexte des seules évolutions relatives à la prise en charge des personnes toxicomanes. Il me fallait desserrer la focale pour cette fois prendre en compte, plus largement, les transformations qui s'opèrent dans les politiques sociales et sanitaires. À partir de là, de nouvelles questions se posent. Quels sont les liens qui existent entre la RdR et la place du risque dans la société ? La prise en compte des risques ne vaut-elle que pour les usager·ère·s de drogues ? Derrière ces interrogations se dessine une perspective qui dépasse le seul domaine des addictions. Ne s'agit-il pas d'un « détour » nécessaire afin de revisiter la RdR ? Riche de ces questionnements, j'ai entamé mes premières lectures. Je me suis d'abord intéressé à ce qu'Ulrich Beck appelle *La société du risque* (2001), en découvrant aussi la sociologie du même nom. Mais avant d'en arriver à ces considérations, j'ai démarré ma recherche sur la base du paradoxe existant, en CAARUD, entre les orientations respectives des politiques publiques pénales et de santé en matière de consommation de drogues.

- *Le paradoxe des politiques publiques en matière de drogues*

La loi de prohibition du 31 décembre 1970³ constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit, encore aujourd'hui, la politique française de lutte contre les drogues. Non seulement cette loi interdit le trafic de stupéfiants, mais elle sanctionne aussi leur simple usage. La France est d'ailleurs connue pour mener une politique très répressive en la matière⁴. Dans ce cadre, l'offre de soins en direction des personnes « toxicomanes » s'est concentrée, pendant longtemps, sur le sevrage et l'abstinence. L'approche en RdR a donc de quoi surprendre, puisqu'elle ne condamne pas l'usage mais se propose de l'accompagner. Ce modèle d'intervention, dérogeant au cadre ordinaire, est né du militantisme associatif, et s'est développé grâce à l'engagement conjoint d'usager·ère·s, de praticien·ne·s et de chercheur·euse·s⁵. Les premières mesures de RdR ont été prises dans un contexte d'urgence, à la fin des années 1980, afin de limiter les ravages de l'épidémie de sida chez les usager·ère·s de drogues par voie intraveineuse. La RdR s'est ensuite progressivement affirmée. Inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004⁶, elle semble être désormais une vraie alternative aux soins traditionnels. Pourtant, et encore aujourd'hui, se pose régulièrement le problème de son acceptabilité.

- *La RdR : une pratique acceptable ?*

Cette question s'est donc d'abord posée au sein même du champ spécialisé, avec les acteur·rice·s du soin traditionnel (mon expérience de stage à l'APUS en donne un aperçu). Aujourd'hui, les problèmes se concentrent sur les lieux d'implantation des CAARUD. La difficulté à faire reconnaître et accepter nos missions, par les populations avoisinantes, est en effet un enjeu quotidien⁷. À Pause Diabolo, en l'occurrence, nombreux sont ceux·elles qui souhaiteraient nous voir partir. En février 2014, nous avons reçu en effet quatre-vingt lettres de pétition provenant des habitant·e·s du quartier (annexe 2). Ces dernier·ère·s se plaignaient des nuisances engendrées par le service et demandaient « le transfert » de notre activité. Cette pétition a été envoyée à l'Agence Régionale de Santé (ARS), notre financeur quasi exclusif,

3. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970.

4. Citons notamment l'article L. 630 qui concerne l'incitation à l'usage : « *seront punis [...] ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés [...], alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un jour favorable* ». La peine encourue a été révisée par le code de la santé publique qui prévoit, dans son article L. 3421-4, une condamnation à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

5. Notons que l'histoire de la RdR a été marquée par l'auto-support et la santé communautaire.

6. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 (article 12).

7. Ces préoccupations font d'ailleurs l'objet de récents travaux dirigés par Gwenola Le Naour (2014).

ainsi qu'à plusieurs élus. De façon générale, les tensions sont régulières avec la copropriété. Je ne compte plus le nombre de fois où je suis arrivé au travail en trouvant un tas d'ordures devant la porte d'entrée. C'est la gardienne de notre immeuble qui entropose ainsi régulièrement les détritrs retrouvés à proximité. Ce sujet revient régulièrement dans nos échanges avec le conseil syndical. D'une certaine façon, nous fabriquons ainsi du « commun » autour de la gestion des déchets... D'autres événements témoignent de l'hostilité qui règne à notre rencontre. Le matin du 22 octobre 2018, par exemple, nous avons retrouvé une inscription sur la devanture de Pause Diabolo. On pouvait lire, sous le logo du service : « ÉCOLE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES » (photo ci-dessous). S'agit-il de l'œuvre d'un-e membre de la copropriété, ou celle d'un-e usager-ère en colère ? Nous ne le saurons vraisemblablement jamais. Quoiqu'il en soit, ce type d'agissement témoigne de l'ambiguïté qui pèse encore sur la démarche de RdR.



Photo 1 : Porte d'entrée de Pause Diabolo, le 22 octobre 2018.

- *L'acceptabilité de la RdR en CHRS*

Dans le cadre de notre recherche, j'ai retenu ce thème de *l'acceptabilité de la RdR*, en lien avec une problématique forte rencontrée à Pause Diabolo : la précarité de la situation sociale des personnes accueillies. Cette caractéristique modifie sensiblement notre travail, en tant qu'intervenant·e·s en RdR. En effet, le rôle « social » du CAARUD nous accapare de plus en plus – au détriment, parfois, de notre mission de santé publique. Nous consacrons notamment beaucoup de temps à la recherche d'hébergement. Il est très difficile de trouver des solutions adaptées, d'autant que les CHRS se montrent intransigeants par rapport aux

consommations de drogues. De fait, dans l'immense majorité des cas, ces dernières restent totalement prosrites à l'intérieur des établissements... Pour autant, les professionnel·le·s des CHRS peuvent-il·elle·s se saisir de la démarche de RdR ? Celle-ci est-elle, dans le contexte de l'hébergement, une pratique acceptable ?

L'acceptabilité de la démarche de RdR, aux yeux des professionnel·le·s des centres d'hébergement, a donc été l'objet de cette recherche.

- *La notion d'« acceptabilité » : de la philosophie de la RdR à la sociologie pragmatique.*

Afin d'éclairer notre objet de recherche, nous allons définir ce que nous entendons par la notion d'acceptabilité. Celle-ci renvoie à la fois à la philosophie de la RdR et, d'une certaine façon, au style pragmatique en sociologie. Pour le comprendre, commençons par nous intéresser à l'étymologie du verbe accepter. Il vient du bas latin *accipĭo* (*accipĕre* à l'infinitif) qui signifie littéralement, au XIII^e siècle, « recevoir souvent des hôtes » (Rey et al., 2016, p. 10). Le fait de recevoir s'entend donc au sens d'accueillir ; mais renvoie aussi au fait de percevoir (par les sens ou par l'intelligence), éprouver, être atteint par ; comprendre ; et finalement entreprendre, se charger de. Plus tard, au XIV^e siècle, le verbe accepter est utilisé au sens de « consentir à » (*ibid.*) – ce qui désigne, dans une certaine acceptation, le fait de se mettre d'accord, de s'accorder, de décider en commun. **Bref, accepter consiste donc à accueillir et à « faire avec » l'autre : l'entendre, comprendre son vécu et agir en concertation avec lui.** En ce sens, la RdR consiste bien à accepter l'usager·ère avec ses consommations, dans tout ce que cela suppose...

Cette philosophie d'intervention répond en effet à des principes fondamentaux : notamment l'absence de jugement, et le fait de ne pas imposer le sevrage et l'abstinence. Précisons que la RdR ne sous-entend pas de banaliser le recours aux drogues, et encore moins de l'encourager (tel est pourtant le principal argument de nos détracteurs). Il s'agit concrètement de rencontrer la personne « là où elle en est », de l'informer sur ses prises de risques, et d'avancer avec elle en trouvant nécessairement certains compromis. Sur ce point, la question de l'*acceptable* vient se substituer, en CAARUD, à celle des « bonnes pratiques » – ces dernières peuvent donc s'entendre au sens des usages de drogues, mais aussi au sens des pratiques professionnelles... Il faut dire que l'intervention en RdR ne répond à aucune méthode préétablie,

l'enjeu étant d'inventer des réponses concrètes aux problèmes tels qu'ils sont, et non tels qu'ils devraient être. De ce fait, les « *recommandations de bonnes pratiques professionnelles* portant sur la RdR » représentent une forme de paradoxe (ANESM, 2017). Il n'y a pas, en soi, de bonne ou de mauvaise intervention ; il n'y a que des interventions « situées » et adaptées au contexte. La notion d'acceptabilité est donc fortement liée, dans le champ de la RdR, au pragmatisme de l'action... C'est là le point commun entre tou·te·s les intervenant·e·s en CAARUD. En effet, si les références théoriques d'une même équipe sont souvent multiples et combinées, il s'avère qu'« *une idéologie professionnelle cimente ces choix : la notion de pragmatisme* » (Trépos, 2003, p. 97).

Dans ce cadre professionnel, la sociologie pragmatique m'a donc interpellé d'emblée, ne serait-ce qu'à travers sa dénomination. Il est difficile de ne pas y voir un air de famille, même si ces terminologies renvoient à des courants de pensées qui ne sont pas comparables. Toutefois, mon implication – tant sur le plan professionnel qu'au niveau de la recherche – se fonde sur la conviction qu'il nous faut accepter l'incertitude de l'agir humain... À cet égard, le concept d'*épreuve*, en sociologie, semble être au style pragmatique ce que la notion même de *risque* est à la RdR. J'ai perçu ainsi une continuité entre ma posture habituelle de travail et celle de praticien-chercheur – d'autant plus que le pragmatisme de la sociologie est lié, lui aussi, à la notion d'acceptabilité. Car ce style de recherche se repère bien dans la manière qu'a l'enquête de travailler à l'*acceptabilité* d'un problème. Il s'agit en effet, dans ce cadre, de s'intéresser au vécu des différent·e·s acteur·rice·s concerné·e·s et de créer des espaces de dialogues où la controverse peut s'exprimer. L'idée étant de construire, en situation, des arrangements possibles. C'est en tout cas dans cette optique que j'ai démarré mon enquête de terrain.

- *Une méthode au « cas par cas »*

J'ai mené l'essentiel de mon enquête dans les CHRS. J'ai retenu huit établissements avec lesquels nous avons l'habitude de travailler à Pause Diabolo et/ou qui font partie de la même association (Le MAS en l'occurrence) : Apus, Carteret, le CGR - 122, la Cité de Lyon, Francis Feydel, Liotard, Résidence et Riboud. J'ai sollicité ainsi nos partenaires directs, et ce pour deux raisons. D'une part, il s'agissait d'un point de départ pour construire – avec les

acteur·rice·s locaux·ales – une recherche-action collaborative⁸. D'autre part, le fait que mes interlocuteur·rice·s me connaissent déjà, en tant qu'éducateur spécialisé, pouvait faciliter nos échanges autour des addictions. En effet, une relation de confiance me paraissait nécessaire pour pouvoir en parler plus aisément. Bien que la question des consommations soit donc un sujet sensible, j'ai choisi de ne pas anonymiser les CHRS. Leur nom aurait vite été, en tout cas pour la·le lecteur·rice lyonnais·e, un « secret de polichinelle ». En revanche, j'ai modifié le prénom des personnes – professionnel·le·s et usagers – ayant participé à l'enquête. Il faut dire que le respect de l'anonymat, notamment pour les usagers, était clairement de nature à libérer leur parole. Concernant mes techniques d'enquête, j'ai utilisé trois outils différents : l'analyse documentaire, l'observation participante et l'entretien semi-directif. Ces derniers ont été à « géométrie variable », selon les centres d'hébergement, afin d'adapter ma démarche à chacun d'eux.

Lors de l'analyse de mes données, deux CHRS se sont clairement démarqués des autres. Il s'agit de Carteret et du CGR - 122. Ces deux établissements présentent des caractéristiques très contrastées. Concernant Carteret, ce fut un terrain d'enquête privilégié au vu de notre objet de recherche – car c'est le seul centre d'hébergement, à Lyon, qui tolère l'usage de drogues. Le CGR - 122, quant à lui, est un établissement très différent de par son histoire, sa taille et les règles qui entourent les consommations (l'interdit y est total). Progressivement, j'ai donc recentré mon analyse sur ces deux CHRS. J'ai pu les mettre en perspective, en établissant des comparaisons. J'ai opté ainsi pour un raisonnement « par cas ». L'enjeu était de saisir la réflexivité des différent·e·s acteur·rice·s face au *problème* des consommations de drogues. Pour y parvenir, j'ai accordé une grande importance à l'étude des discours. Dans ce cadre, j'ai d'abord « défriché » mes entretiens, lesquels représentent une masse importante de données, à travers une analyse thématique de leur contenu. Je suis entré ensuite plus concrètement dans les discours par les mots. J'ai alors basé ma démonstration sur plusieurs analyses lexicales associées à une approche compréhensive. Ce faisant, j'ai été particulièrement attentif à la nécessaire inscription « déictique »⁹ de l'énonciation.

Ce recentrage sur ces deux établissements ne m'a pas conduit à considérer chacun d'eux comme purement singulier. Il ne s'agissait pas de se borner à Carteret et au CGR - 122. Car

8. En dehors des sciences sociales, certaines disciplines parlent d'ailleurs de « recherche-action en partenariat » (en agronomie par exemple)...

9. Jean-Claude Passeron emprunte ce terme à la linguistique pour affirmer qu'un constat ne peut prendre sens, en sociologie, que référé à un contexte – et donc réinscrit dans sa singularité spatiale et temporelle.

l'enjeu n'était pas uniquement de décrire *ces* cas, mais bien de penser *par* cas... Aussi, l'analyse m'a amené à caractériser deux modes de fonctionnements « typiques », au sens wébérien du terme, au regard des consommations de drogues (il s'avère que l'un d'entre eux seulement intègre la RdR, envisagée selon une certaine logique...). La description que j'ai faite de ces différentes approches peut en fait servir de support à la compréhension du fonctionnement d'autres CHRS, lesquels devront toujours être appréhendés à travers leurs particularités. En outre, l'analyse m'a conduit à (re)penser la RdR au-delà du seul cadre de l'hébergement. Après ce détour par les CHRS, tant physique qu'intellectuel, j'ai terminé en effet l'enquête par un « retour » à Pause Diabolo. Ce fut une étape à part entière de cette recherche¹⁰. Le CAARUD, envisagé dans ses limites, a donc été le dernier *cas* étudié. Il en ressort la description d'une seconde logique dans laquelle la RdR peut s'inscrire.

- *Un plan en quatre parties*

J'ai souhaité, à travers la structure de ce mémoire, rendre compte des différentes étapes qui ont ponctué le processus de recherche. J'ai notamment accordé une grande importance au cheminement méthodologique, ce dernier ayant été au service de la réflexion. J'ai d'ailleurs été surpris de constater, tout au long de ce travail, à quel point *la forme* était toujours imbriquée avec *le fond*. Il faut dire que je suis passé, au niveau de ma posture de recherche, d'une approche hypothético-déductive à une démarche inductive. Dès lors, j'ai pris en compte la façon dont les acteur·rice·s directement concerné·e·s posaient le problème des consommations, et je me suis intéressé à leur expérience. Or, pour ce faire, je me suis d'abord inspiré de la philosophie de la RdR pour me rapprocher finalement du pragmatisme de la recherche. Cet itinéraire m'a demandé un certain nombre de réajustements durant l'enquête. Mon plan donne ainsi à voir le « chantier » d'une recherche *en train de se faire*, avec sa part de doutes et de tâtonnements.

► La première partie retrace le cheminement à travers lequel je suis arrivé à mon objet de recherche. Après avoir dressé le constat de la précarité des personnes accueillies à Pause Diabolo, je souligne les difficultés d'insertion sociale des usager·ère·s de drogues actif·ive·s, et donc notamment au niveau de l'hébergement. J'élabore ensuite une première problématisation de mon sujet de recherche, en le resituant plus précisément dans le cadre du dispositif

10. Joël Cadière insiste sur l'importance de ce « retour » dans une démarche de recherche-action appliquée à l'intervention sociale (voir à ce sujet Cadière, 2013).

de RdR. J'en viendrai à formuler ce qui a donc été une hypothèse de travail. Précisons qu'à chacune de ces deux étapes – problématisation initiale et hypothèse de départ – j'ai mobilisé des éléments d'enquête exploratoire. J'ai requalifié ainsi, dans la phase de rédaction, une partie de mes investigations. Cela a notamment été le cas pour celles menées à la Maison de la Veille Sociale du Rhône (MVS).

► La deuxième partie est consacrée à la présentation de ma méthodologie d'enquête. Je propose d'abord une réflexion, de nature épistémologique, sur ma posture de recherche – en me référant à la pensée de John Dewey. Je reviens entre autres sur un « raté de terrain »¹¹ qui m'a permis de relancer l'enquête, en m'adressant différemment aux enquêté·e·s. Je présente alors l'expérience menée en lien avec le CHRS Carteret. Cette étape importante a orienté mon travail du côté d'une recherche-action, en redéfinissant les termes de ma question centrale. À la question de l'acceptable s'est alors substituée celle de l'indicible... J'en arrive ensuite à la présentation, en tant que telles, de mes techniques d'enquête. À ce stade, je propose des pistes d'analyse sur la base de l'étude des thématiques abordées durant les entretiens.

► Dans la troisième partie, je débute l'analyse des discours des professionnel·le·s autour du registre de **l'interdit**. Puis une remise en contexte de l'émergence de la RdR en France m'amène ensuite au thème de **la morale**. Je montre que les conflits de valeurs générés par l'usage de drogues suscitent de nombreux débats entre les professionnel·le·s, lequel·le·s sont souvent en désaccord. Il est très difficile, dans ce contexte, d'établir des règles communes concernant les consommations. La plupart du temps, il·elle·s agissent donc au « cas par cas », en fonction des situations. Je termine cette partie avec le registre de **la reconnaissance**. Ce dernier nous permettra d'entendre la parole des usagers, et nous verrons que ces deux groupes d'acteur·rice·s (professionnel·le·s et usagers) ont manifestement du mal à se rencontrer.

► Dans la quatrième et dernière partie, je prolonge l'analyse des discours des professionnel·le·s autour de deux couples en tension : sécurité vs liberté et protection vs autonomie. Je sors alors du cadre strict de l'accompagnement des usager·ère·s de drogues, pour considérer la RdR en tant que modèle d'intervention. Je me suis référé, pour ce faire, aux travaux de Robert Castel. Cette partie se termine donc par un « retour » à Pause Diabolo, lequel sera envisagé sous l'angle du *care*.

11. Au sens des difficultés rencontrées par la·le chercheur·euse, essentiellement d'ordre méthodologique, pour aborder son terrain.

PREMIÈRE PARTIE : LES CHRS À L'ÉPREUVE DE LA RDR

Chapitre 1.1 La RdR en CAARUD

Il s'agit, dans ce premier chapitre, de poser le constat de départ de notre recherche. Je commence par présenter l'association où je travaille, avant de détailler les missions de Pause Diabolo. Je souligne ensuite, à partir de mes observations de terrain, les difficultés d'accès à l'hébergement pour le public des CAARUD.

1.1.1 Le MAS : « 50 ans d'action sociale »

- *Historique de l'association*

Le décret du 29 novembre 1953¹ étend l'accès à l'aide sociale et à l'hébergement aux personnes se trouvant « sans ressources et sans logement », ainsi qu'aux personnes « libérées de prison ou en danger de prostitution » (chapitre VIII, articles 54 et 55, p. 10764).

Dès lors, Maurice Liotard et plusieurs travailleur·euse·s sociaux·ales² ont œuvré à la mise en place d'un groupe de professionnel·le·s et de bénévoles. Ces dernier·ère·s se proposaient de prendre en charge des délinquant·e·s majeur·e·s, dans le cadre de la probation³, afin d'éviter les courtes peines d'emprisonnement et de prévenir les récidives. L'association Le MAS (Mouvement d'Action Sociale) est née dans ce contexte, le 8 juillet 1961, et se donne pour mission de « soutenir et prolonger l'action du comité de probation et d'assistance aux libérés de Lyon, et celle de la commission d'assistance aux vagabonds »⁴. Des mesures « destinées à l'accueil de ces personnes, à leur hébergement, leur rééducation, leur formation professionnelle et leur reclassement social en général » ont ainsi pu être proposées.

Le *Foyer Maurice Liotard* ouvre ses portes en 1962 (dans le 5^e arrondissement). C'est une structure modeste de douze lits, destinée à accueillir les « paumés de la liberté ». Pour alimenter la réflexion sur les missions de l'association, Le MAS crée en 1970 le *Centre de*

1. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance.

2. Maurice Liotard est un juge lyonnais d'application des peines. Il est accompagné par Charles Verjat, Odette Dauvergne et Jeanne Enjolras.

3. La probation désigne les sursis avec mise à l'épreuve et les libérations conditionnelles.

4. Les citations sont extraites des statuts de l'association du 10 décembre 2010, qui présentent l'historique du MAS en annexe 2 (p.13-14, multigr.). Je me suis également référé au site internet de l'association : <http://www.mas-asso.fr/>

Documentation sur la Justice et la Marginalité. Cette bibliothèque se voulait ouverte sur la cité. Malheureusement, elle a depuis cessé de fonctionner...

Devant l'absence de solutions pour certains vagabonds ne pouvant être admis en CHRS, l'association complète son dispositif en créant le *Centre d'Accueil et d'Orientation* en 1974. Ce service est communément appelé « le CAO » (prononcé *chaos*). Il marque l'élargissement de l'action du MAS vers des populations marginales non délinquantes. Sa mission consiste à « apporter toute l'aide possible aux vagabonds estimés aptes à un reclassement »⁵. Différent·e·s professionnel·le·s (assistant·e·s sociaux·ales, psychologues et médecins) exerceront dans cette structure.

En 1982, dans le cadre d'une expérimentation souhaité par Robert Badinter⁶, l'association ouvre *Info-Droits-Victimes*. C'est l'un des premiers services d'aide et de soutien aux victimes d'infractions pénales en France. Il développera ensuite des activités complémentaires d'aide à l'accès aux droits.

- *La création de Pause Diabolo*

Pause Diabolo est le quatrième service créé par Le MAS. Plusieurs réunions de concertation ont d'abord eu lieu, au début des années 1990, entre la DDASS⁷ et les associations (Le MAS, A3, GT 69, AIDES, ALS⁸). Dans un premier temps, la décision a été prise d'installer à Lyon trois distributeurs de kits de prévention⁹. Les acteur·rice·s de terrain jugeaient cette mesure largement insuffisante. La volonté de créer un lieu d'accueil s'est alors affirmée, sous l'impulsion du docteur Barlet (président de l'association Le MAS) et du docteur Oddou (fondateur de l'association A3). Avec l'échange de seringues, il s'agissait de proposer des services de première nécessité : collation, douches et machines à laver. Les usager·ère·s pourraient également bénéficier d'une prise en charge médicale et de soins infirmiers. Ce projet prévoyait, dans son ensemble, la disponibilité relationnelle de toute une équipe de professionnel·le·s... Pause Diabolo ouvre finalement en 1996, et s'installe rue de

5. Citation extraite de l'annexe 1 du règlement intérieur du CAO, datant de 1978 (multigr.)

6. Alors garde des Sceaux, ministre de la justice.

7. Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ont été supprimées en 2010, dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP).

8. Association d'Aide aux Adolescents, Association Généralistes et Toxicomanie, Association de Lutte contre le Sida.

9. L'existence de ces automates est souvent méconnue. Une photo d'illustration est placée en annexe 3.

l'Épée (dans un quartier réputé pour ses trafics de drogues). Le service déménage ensuite, en 2003, à son adresse actuelle.

- *Les développements récents*

L'association s'est beaucoup développée ces dernières années. Devant l'injonction à la fusion par les organismes de tutelles, plusieurs rapprochements associatifs sont intervenus entre 2009 et 2011. Le MAS fusionne d'abord avec l'association *Résidence* (en 2009), celle-ci proposant un logement temporaire à des personnes seules en difficultés sociales. L'année suivante, une nouvelle fusion s'opère avec l'*Association d'aide aux victimes Saint-Fons-Vénissieux*. En 2011, l'association reprend en gestion *L'Éclaircie*, situé à Saint-Priest. Ce CHRS accueille des femmes avec enfants en situation de précarité. La même année, Le MAS fusionne enfin avec l'association *l'Orangerie* – cette dernière comportant un Atelier d'Aide à la Vie Active, deux CHRS (« Feydel » Lyon et Villefranche-sur-Saône) et deux Maisons relais. À la suite de ces évolutions, l'association a adopté une nouvelle structuration par domaine d'activités (en 2012). Depuis 2013, Le MAS a poursuivi son développement en créant deux nouveaux services et plusieurs dispositifs. Jusqu'à ce jour, Pause Diabolo reste la structure unique du pôle d'abord intitulé *Réduction des risques et réinsertion des usagers de drogues*. Ce dernier a récemment été rebaptisé, si bien que nous parlons aujourd'hui du pôle d'« aide aux usagers de drogues ».

Nous avons célébré en septembre 2012, dans le cadre de plusieurs journées portes ouvertes, ces « 50 ans d'action sociale »...

1.1.2 Le CAARUD Pause Diabolo

- *Une mission de santé publique*

Au 1^{er} janvier 2006, Pause Diabolo a obtenu son agrément en tant que CAARUD¹⁰. Le service doit assurer, à ce titre, les sept missions énoncées dans le décret du 19 décembre 2005¹¹. Je les détaille ci-dessous :

10. Le lecteur intéressé trouvera la plaquette de présentation du service en annexe 4.

11. Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005

« Art. R. 3121-33-1. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent :

1° L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

2° Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;

b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;

c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

5° L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Art. R. 3121-33-2. – Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. » (Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005)

Ces différentes missions sont réalisées par une équipe médico-sociale, comptant sept professionnel·le·s. Pour une lecture plus facile, je présente la composition de l'équipe dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Composition de l'équipe de Pause Diabolo, au 31 décembre 2018.

Deux éducateur·rice·s spécialisé·e·s	Postes à temps plein
Trois travailleur·euse·s sociaux·ales (dit·e·s <i>intervenant·e·s en toxicomanie</i>) ¹²	
Une infirmière	
Une médecin	0,2 ETP
Une chargée de mission, pharmacienne de profession.	0,6 ETP
Un chef de service	À temps plein également
<i>Total :</i>	7,8 ETP

- *Vers une stabilisation des consommations*

Les personnes concernées par le service sont donc usagères de drogues et poursuivent leurs consommations. L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)

12. Dont une collègue qui a rejoint l'équipe récemment, en juillet dernier, dans le cadre d'un CDD de sept mois. Sinon, tous les postes sont en CDI.

les désigne en ce sens comme étant des usager·ère·s « actif·ive·s ». Comme nous l'avons précisé dès l'introduction, l'accueil que nous proposons n'est pas conditionné à une volonté de sevrage, principale raison pour laquelle les CAARUD sont des établissements dits « à bas seuil » d'accessibilité. Notre travail consiste à aider les usager·ère·s à réduire les risques qu'il·elle·s prennent en consommant des produits psychoactifs. **L'objectif est de permettre une meilleure gestion des prises de produits et d'arriver à une stabilisation des consommations.** La majorité des usager·ère·s continue pourtant à consommer par voie intraveineuse et présente ainsi, d'après la définition de l'OEDT, un « usage problématique ».

Alors que faut-il entendre lorsqu'on parle de « gestion » à propos des drogues ? Ce mot est couramment utilisé en RdR, aussi bien par les usager·ère·s que par les professionnel·le·s. Le fait de gérer ses consommations revient, dans notre jargon, à réduire les risques... Il s'agit pour la personne de s'informer largement (sur les produits, les modes de prise, etc.) et d'adopter des pratiques *safe*¹³. Concernant les produits, nous pouvons prendre l'exemple des opiacés. Nombreux sont les usager·ère·s qui en achètent dans la rue. Si tel est le cas, nous les orientons systématiquement en CSAPA¹⁴ en vue d'instaurer un traitement de substitution (TSO). L'intérêt sur le plan de la RdR est de consommer une substance dont la composition est établie (sans risque lié aux produits de coupe), avec un dosage régulier. Les TSO permettent ainsi de stabiliser ses consommations d'opiacés. Par ailleurs, nous avons une vigilance particulière sur les modes de consommation. La plupart des usager·ère·s consomment donc par voie intraveineuse. Certains outils de RdR assurent une meilleure filtration du produit, réduisant ainsi les dommages liés à cette pratique. C'est le cas, notamment, pour l'injection du Subutex®. Nous conseillons l'utilisation du Sterifilt® qui permet une bien meilleure filtration que le filtre coton traditionnel. Malgré tout, l'injection reste une pratique risquée (avec notamment les risques infectieux et les abcès). C'est pourquoi nous essayons, avec les usager·ère·s, de mettre en place des alternatives. Par exemple, certain·e·s injectent seulement une partie de leur traitement et prennent le reste en sublingual.

La RdR se fait toujours « en situation », avec des objectifs qui varient en fonction des personnes. Je me souviens notamment d'un monsieur qui ne parvenait plus à s'injecter. Il se « charcutait », pour le dire familièrement, à chaque nouvelle tentative. Je lui ai conseillé d'utiliser un garrot pour l'aider à trouver ses veines. Il était réfractaire à cette idée. Nous en

13. Cet anglicisme est largement répandu en RdR.

14. Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

avons parlé pendant plusieurs mois avant qu'il n'essaie. Au final, il réussissait de nouveau à pratiquer ses injections. Cette modification de pratique était de nature à préserver son capital veineux. Pour ce monsieur, cette avancée – aussi modeste soit-elle – était sans doute une façon de « gérer » au mieux ses consommations...

1.1.3 Le CAARUD submergé par la précarité

- *Observations de terrain*

Depuis plusieurs années, je constate les difficultés d'accès à l'hébergement pour le public que nous accompagnons à Pause Diabolo. En effet, les personnes qui ne disposent pas d'un logement stable représentent la plus grande partie de notre file active¹⁵. La plupart des usager·ère·s nous sollicitent donc régulièrement pour trouver une solution d'hébergement. Leurs demandes sont généralement formulées avec insistance et réitérées à plusieurs reprises. Or, nous savons pertinemment que ces demandes resteront sans réponse valable dans leur immense majorité. Les rares propositions que nous sommes amenés à faire aux usager·ère·s restent le plus souvent cantonnées à de l'hébergement d'urgence (par l'intermédiaire du Samu social de Lyon), pour quelques nuits seulement. Parfois, une place d'hébergement dite « d'insertion » leur sera proposée par la MVS dans un délai d'environ six mois à plus d'un an suivant la demande. Entre-temps, la situation de la personne est alors susceptible d'avoir évolué, et l'orientation préconisée lors de la constitution du dossier n'est plus forcément adaptée.

La crise de l'hébergement des personnes en situation de précarité est connue : le nombre de places disponibles reste largement insuffisant face à des besoins en constante évolution. Cette réalité permet d'expliquer en partie nos premiers constats. Il reste que l'usage de produits psychoactifs, même dans le cadre d'une consommation stabilisée, constitue un obstacle supplémentaire à l'accès à l'hébergement.

En effet, le contenu du règlement de fonctionnement d'un CHRS est strictement limité par la loi de 1970 (*op. cit.*) qui interdit l'usage de stupéfiants. Les consommations de drogues illicites y sont donc formellement interdites. Outre cet aspect réglementaire, il subsiste de

15. Ensemble des personnes accueillies au moins une fois sur une période de référence (généralement sur une année).

nombreuses représentations sociales négatives concernant la consommation de substances psychoactives (y compris parmi les travailleur·euse·s sociaux·ales). Il arrive fréquemment que les usager·ère·s suscitent de l'appréhension, voire des peurs. Nos partenaires se montrent toujours très réticents devant l'éventuelle admission d'une personne usagère de drogues. La plupart du temps, je me retrouve à devoir minimiser la réalité des consommations, sans quoi je sais pertinemment que le dossier n'a aucune chance d'aboutir. Il faut dire que les équipes ne sont généralement pas formées à la démarche de RdR et se trouvent démunies devant certaines situations. Beaucoup de professionnel·le·s font par exemple l'amalgame entre le produit consommé et son mode de prise. Ainsi, la pratique de l'injection de son traitement de substitution aux opiacés (le plus souvent du Subutex[®]) – sans être illégale – reste totalement inacceptable dans la plupart des institutions. Les usager·ère·s se sentent souvent incompris·es, et jugé·e·s négativement.

Il s'avère donc que le public accueilli à Pause Diabolo cumule plusieurs difficultés pour accéder à l'hébergement. Les usager·ère·s de drogues les plus précaires se confrontent effectivement à de multiples contraintes, dont certaines restent inhérentes à leurs pratiques de consommation. Une meilleure gestion des prises de produits ne semble pas faciliter l'entrée en CHRS, ni même le maintien dans l'hébergement. Ces constats sont partagés par l'ensemble de mes collègues, l'un d'entre eux·elles ne cesse d'ailleurs pas de fustiger les dysfonctionnements de la MVS... Personnellement, cette situation me confronte à un profond sentiment d'impuissance et me donne souvent l'impression d'être empêché de faire correctement mon travail.

Si la question de l'hébergement des usager·ère·s de Pause Diabolo pose problème, nous aurions tout autant pu faire le constat de leurs difficultés d'insertion professionnelle. Une large majorité d'entre eux·elles vit principalement des allocations sociales. Même si contrairement à l'hébergement, l'accès à l'emploi n'est pas la préoccupation première de la plupart des usager·ère·s, certaines personnes nous interpellent tout de même régulièrement pour trouver du travail. Nous avons établi à ce niveau un partenariat, en interne à l'association Le MAS, avec un Atelier d'adaptation à la Vie Active (AVA). Malgré notre proximité avec ce service, la consommation de drogues fait toujours l'objet d'une méconnaissance de la part de nos collègues moniteur·rice·s d'ateliers. Cet usage de produits psychoactifs, même limité, se résume souvent à une conduite tout bonnement incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle.

Les personnes qui fréquentent le CAARUD connaissent ainsi des conditions de vie particulièrement difficiles. Là où notre regard s'est sans doute habitué, ne voit plus forcément la réalité de ce que vivent les usager·ère·s au quotidien, les collègues plus récemment arrivé·e·s à Pause Diabolo nous renvoient à la précarité de la situation sociale des personnes accueillies.

- « *Précarité des usagers des CAARUD : ce que disent les chiffres* »¹⁶

Après avoir établi ces constats, j'ai cherché à objectiver mes observations, d'abord au niveau de Pause Diabolo. J'ai utilisé pour cela notre logiciel informatique baptisé Système de Gestion des Activités des CAARUD (SYGAC). Ce programme recense l'ensemble de notre file active. Nous pouvons y retrouver des éléments relatifs à la situation sociale des personnes accueillies, en l'occurrence sur le volet du logement et des ressources. Toutefois, il n'est pas aisé d'exploiter ces données. Nous nous basons uniquement sur ce que les personnes déclarent de leur situation lors de l'entretien dit « de primo-accueil ». Par ailleurs, le logiciel ne permet pas de refléter les évolutions qui interviennent dans le parcours des usager·ère·s. Nous supposons malgré tout que ces données peuvent indiquer une tendance générale.

Parmi la file active globale en 2016¹⁷, j'ai retenu les 237 personnes qui ont été accueillies au moins deux fois dans l'année. Nous connaissons la situation de 136 usager·ère·s par rapport au logement. La majorité d'entre eux·elles n'en a pas (43 %) : il·elle·s vivent en squat ou dans la rue, parfois dans une voiture. 39 % disposent d'un logement personnel et 18 % sont hébergé·e·s en institution, notamment des CHRS. Par ailleurs, nous connaissons l'origine des ressources de 137 usager·ère·s. Plus de la moitié de ces personnes (56 %) perçoit des prestations sociales, souvent le RSA¹⁸ ou l'AAH¹⁹. Plus d'un tiers des usager·ère·s n'ont aucun revenu et vivent principalement de la mendicité (37 %), et seulement 7 % perçoivent un salaire. J'ai récapitulé l'ensemble de ces données dans un tableau pour en faciliter la lecture.

16. J'emprunte ce titre à l'article d'Agnès Cadet-Tairou paru dans la revue *Swaps* (2015).

17. 363 personnes rencontrées au total.

18. Revenu de Solidarité Active.

19. Allocation aux Adultes Handicapés.

**Tableau 2 : Situation sociale des usager·ère·s de Pause Diabolo en 2016
au niveau du logement et des ressources**
(données issues du logiciel SYGAC)

Logement	Personnel (conjoint, famille ou amis)	39 [%]
	Hébergé·e·s en institution	18 [%]
	Sans abri ou en squat	43 [%]
Ressources	Salaire	7 [%]
	Prestations sociales	56 [%]
	Sans revenus (mendicité, ressources non déclarées)	37 [%]

Comparons maintenant la situation sociale des personnes accueillies à Pause Diabolo avec celle de l'ensemble des usager·ère·s des CAARUD. Pour ce faire, je me suis référé à la dernière enquête nationale « ENa-CAARUD », menée en 2012, par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Nous ne disposons pas de données plus récentes²⁰. La réalisation de cette enquête biennale a été prévue par la Direction Générale de la Santé (DGS), par la circulaire du 2 janvier 2006²¹. Les résultats de cette quatrième édition ont été présentés en 2015, et portent sur les réponses de 2 905 usagers rencontrés dans 142 CAARUD (Cadet-Taïrou, Saïd, 2015). Je dispose par ailleurs des réponses propres aux usager·ère·s de Pause Diabolo (Agnès Cadet-Taïrou a bien voulu me les communiquer). On ne compte que 24 répondant·e·s à la question sur le logement et 26 à celle qui concerne l'origine des ressources. Bien que ces échantillons ne soient pas forcément représentatifs de l'ensemble des personnes accompagnées, ils nous permettront tout de même d'établir certaines comparaisons. Il est à noter que les catégories retenues par l'OFDT sont plus nuancées que celles utilisées dans le SYGAC, puisqu'elles prennent en compte le caractère « provisoire » que peut avoir le logement ou l'hébergement. Ces résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous²².

20. Les résultats de l'enquête menée en 2015 n'ont pas encore été publiés à ce jour.

21. La circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 développe les modalités de structuration du dispositif de RdR.

22. Après avoir répertorié le détail des résultats concernant Pause Diabolo (voir annexe 5), j'ai classé les réponses des usager·ère·s en cinq catégories pour le logement et en trois catégories pour les ressources – procédant ainsi aux mêmes recoupements que ceux proposés par Agnès Cadet-Taïrou au niveau national (*op. cit.*, p. 10).

Tableau 3 : Situation sociale des personnes accueillies à Pause Diabolo comparée à celle de l'ensemble des usager·ère·s des CAARUD en 2012, au niveau du logement et des ressources.
(données issues de l'enquête ENa-CAARUD 2012)

		Pause Diabolo	National
Logement	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	42%	53%
	Provisoire, chez des proches (famille/amis)	0%	9%
	Provisoire en institution ou en hôtel	4%	11%
	Sans abri (à la rue)	25%	15%
	Squat	29%	12%
Ressources	Revenus d'emploi et ASSEDIC	12%	17%
	Prestations sociales	65%	57%
	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus	23%	27%

La part des usager·ère·s qui ne disposent pas d'un logement durable semble être sur-représentée à Pause Diabolo (58 % vs 47 %). La différence est encore plus marquée pour les personnes sans abri ou qui vivent en squat, puisqu'elles représentent 54 % de l'ensemble des usager·ère·s à Pause Diabolo, contre 27 % au niveau national. Concernant les ressources, nous retrouvons par contre des pourcentages dans les mêmes ordres de grandeur. La majorité des personnes interrogées perçoit des prestations sociales (57 % et même 65 % pour Pause Diabolo). Environ un quart des usager·ère·s n'ont pas de revenus, certain·e·s évoquent des ressources illégales ou non officielles. Seule une petite minorité (17 % et seulement 12 % pour Pause Diabolo) reçoit un salaire ou perçoit des ASSEDIC.

Pour revenir spécifiquement aux usager·ère·s de Pause Diabolo, il aurait été intéressant de pouvoir déterminer une tendance d'évolution entre 2012 et 2016, mais il n'est pas possible de comparer les chiffres issus du SYGAC avec ceux de l'OFDT. Comme nous l'avons vu, les catégories utilisées pour le recueil des données ne sont pas les mêmes, et les tailles des échantillons retenus ne sont pas comparables.

Dans leur ensemble, retenons pour l'instant que ces données quantitatives sont en cohérence avec mes observations de terrain. Ce que j'ai constaté à Pause Diabolo concerne sensiblement l'ensemble des CAARUD. La situation sociale des usager·ère·s de drogues fréquentant les dispositifs de RdR est préoccupante. « *La réduction des risques [est] submergée par la*

précarité » (Bonnin, 2015) finit même par titrer un journaliste du quotidien en ligne Travail Social Actualités.

Au vue de ce constat général, on peut se demander en quoi le dispositif de RdR participe à l’insertion sociale des usager·ère·s de drogues actif·ive·s stabilisé·e·s dans leurs consommations, alors même que l’une des missions²³ des CAARUD concerne le « *soutien [des] usagers dans l’accès aux droits, l’accès au logement et à l’insertion ou la réinsertion professionnelle* » (article 1^{er}).

- *État de la recherche*

À ce stade de ma démarche, j’ai souhaité effectuer une revue de la littérature existante concernant la précarité des usager·ère·s de drogues actif·ive·s. J’ai ciblé ma recherche sur le thème précis de l’hébergement de ces personnes, en l’élargissant ensuite à la question de leur insertion professionnelle.

Je n’ai trouvé que quatre publications en ce qui concerne l’hébergement. Il s’agit de comptes rendus d’expériences menées dans ce domaine par trois associations. Leurs responsables se rejoignent sur le fait que les usager·ère·s des CAARUD rencontrent de grosses difficultés d’accès à l’hébergement. « *Nous sommes aujourd’hui confrontés à une réalité compliquée aux contours parfois kafkaïens* » déplore Serge Longère, le directeur de l’association PROSES²⁴. « *Les solutions qui sont proposées sont devenues si peu adaptées ou si difficiles d’accès que nous hésitons à les proposer...* » (Longère, 2012, p. 3 et 5). Les trois expériences présentées²⁵ ont donc été menées afin de proposer des solutions qui répondent aux besoins de ces personnes. Elles s’inspirent des programmes dits de « Housing First » qui se sont développées aux États-Unis et au Canada à partir des années 2000 (Hervé, 2016). Tous ces dispositifs répondent ainsi aux mêmes principes de base, et d’abord « faire avec » la personne – y compris lorsqu’elle consomme des drogues. La sociologue Isabelle Maillard revient quant à elle sur l’expérience de Montreuil qui a permis « *d’installer au cœur de la cité un hébergement collectif pensé comme un espace-temps de transition, ajustable au cas par cas,*

23. Lesquelles sont détaillées dans le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 (voir *supra*, section 1.1.2, p. 14).

24. PROSES est l’acronyme de Prévention des Risques, Orientation Sociale et Échange des Seringues.

25. Celle de l’association PROSES à Montreuil (Longère, 2012 ; Maillard, 2015), celle de l’association Aurore à Paris (Hervé, 2016), et celle du Cèdre Bleu à Lille (Rasquin, 2012).

permettant de répondre à des besoins multidimensionnels (logement, santé, socialisation, régulation de la consommation...) » (Maillard, 2015, p. 41).

Sur le volet professionnel, j'ai seulement retrouvé le rapport de Christine Caldéron et d'Olivier Maguet intitulé : « *Insertion par l'emploi des usagers de drogues* » (2009). Il a été rédigé en collaboration avec différents acteurs du monde associatif (dont le CIRDD²⁶ Rhône-Alpes) dans le cadre d'un appel à projet du Fond Social Européen. L'étude fait état de la situation professionnelle des usager·ère·s en CAARUD : 85 % d'entre eux·elles seraient sans emploi régulier. « *Malgré l'importance de la relation entre usage de drogues, traitement et emploi, celle-ci a rarement fait l'objet d'études* », selon les auteurs (Caldéron et al., 2009, p. 29). Dans leur travail, il·elle·s présentent notamment des expériences qui ont été conduites en France²⁷ et en Europe afin de favoriser l'insertion professionnelle des personnes les plus « *éloignées de l'emploi* ». La conclusion insiste sur les représentations qui sont associées à la drogue et par lesquelles les usager·ère·s se voient stigmatisé·e·s.

Deux publications additionnelles présentent ensuite des recommandations pour l'« *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues* » (Caldéron et al., 2011 et 2012). Ces dernières semblent constituer une sorte de « guide » dans ce domaine.

Les questions qui nous occupent semblent donc être relativement peu documentées. Ces différents écrits relèvent avant tout du partage d'expériences (surtout en ce qui concerne l'hébergement), et non de la recherche proprement dite analysant les liens entre l'usage de drogues et la précarité.

Il reste que la précarité de la situation sociale des personnes accueillies en CAARUD (et en l'occurrence à Pause Diabolo) est un phénomène notable. Nous venons d'en dresser le constat. Dans ce contexte, nous pouvons souligner les difficultés d'insertion sociale des usager·ère·s de drogues actif·ive·s. Ces personnes se heurtent manifestement à des contraintes spécifiques liées à leur statut de consommateur·rice, et donc notamment au niveau de l'hébergement.

26. Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances. J'avais eu l'occasion de participer à un groupe de travail, organisé à Lyon, autour des liens entre l'addiction et la précarité...

27. Dans le cadre des différents types de dispositifs d'Insertion par l'Activité Économique.

Chapitre 1.2 La question de l'acceptabilité des pratiques de RdR en CHRS

1.2.1 L'embaras des responsables face aux consommations de drogues

Dans le cadre de cette recherche, je me suis particulièrement intéressé à la manière dont les CHRS²⁸ parviennent à se saisir de la démarche de RdR. Ces établissements présentent plusieurs particularités. Tout d'abord, il s'agit du lieu de vie des personnes. Leur chambre est considérée comme étant leur domicile²⁹, et constitue à ce titre un espace privatif. Par ailleurs, l'accompagnement proposé est limité dans le temps : la durée moyenne de séjour est de neuf mois environ³⁰. Enfin, les professionnel·le·s qui travaillent dans ces structures ne sont pas spécialisé·e·s en addictologie.

Dans les faits, beaucoup de personnes hébergées en CHRS sont des consommateur·rice·s de produits psychoactifs. Selon l'enquête *Samenta*, menée auprès de sans-domiciles francilien·ne·s, on estime que les problématiques addictives concernent près d'un tiers³¹ des personnes sans logement personnel (Laporte, Chauvin, 2010, p. 73).

Afin d'élaborer notre problématique, je propose de mobiliser ici des éléments d'enquête exploratoire. Au cours de mes entretiens avec les responsables des CHRS, l'alcool est cité spontanément comme étant le produit qui « pose problème » au sein des établissements. Il·elle·s s'inquiètent également de la prise de médicaments détournés de leur usage – y compris les TSO, et de leur mélange avec l'alcool. Par contre, les consommations de drogues illicites (hors cannabis) ne semblent pas faire l'objet d'une attention particulière³². Mes interlocuteur·rice·s m'ont pour la plupart expliqué que seule une minorité de personnes était concernée, et que ce type de consommation n'engendrait pas de débordement sur le collectif...

28. Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale ont été créés par la loi n°74-955 du 19 novembre 1974. Ces établissements sont devenus, en 1998, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions).

29. La loi française ne donne aucune définition précise du domicile. Pour autant, selon la jurisprudence : « *le terme de domicile ne désigne pas seulement le lieu où une personne a son principal établissement, mais encore [...] le lieu où, qu'elle y habite ou non, elle a le droit de se dire chez elle, quels que soient le titre juridique de son occupation et l'affectation donnée aux locaux* » (Cour de Cassation, 1977 - puis 1997).

30. Enquête 2008 de la DREES (Études et résultats, 2011). La dernière enquête, qui date de 2012, ne donne pas d'information à ce niveau.

31. « *La dépendance ou la consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de substances psychoactives (alcool, médicaments détournés de leur usage et drogues illicites) concerne 28,6 % de la population (6 049 personnes)* ».

32. À l'exception du CHRS Carteret, nous y reviendrons...

D'une manière générale, les CHRS semblent être de plus en plus sensibilisés à la problématique des addictions. La majorité d'entre eux affiche d'ailleurs la volonté de développer une approche de RdR... Pour autant, ce souhait ne peut être que contrarié si l'on s'en tient à la loi de 1970 (*op. cit.*). **Ce paradoxe suscite de l'embarras chez les responsables. Il·elle·s doivent en effet formaliser les pratiques, sachant que la RdR mène forcément à une forme de tolérance vis-à-vis des consommations.** L'écriture du projet d'établissement représente d'ailleurs une réelle épreuve de pilotage.

- *Est-il « interdit d'interdire » ?*

Le CHRS Riboud³³ mène par exemple une réflexion sur la « RdR alcool ». Cet établissement accueille soixante-quatre hommes isolés. Si les consommations d'alcool sont pour l'instant interdites au sein de la structure, elles sont tolérées dans les faits. C'est une position assumée par Aurélien, le chef de service : « *Au jour d'aujourd'hui, l'alcool n'est pas autorisé dans l'établissement [silence]. Après... il est toléré [plus long silence], et... c'est... un moyen de parler de la question des consommations* »³⁴. En même temps, cette situation n'est pas satisfaisante, si bien que le règlement intérieur va être modifié :

A : [...] C'est à dire que moi j'peux pas autoriser demain, heu... la réduction de... enfin la prise d'héroïne ou de cocaïne. Enfin je peux pas. Pour le coup, j'me mets dans l'illégalité quoi. Alors que l'alcool, c'est le contraire. C'est intéressant d'ailleurs en terme de, de, d'approche. C'est-à-dire qu'avec un règlement intérieur qui interdit l'alcool, je me mets dans l'illégalité. Je suis juridiquement responsable. J'ai un acte... en terme de hiérarchie des, des, des normes, en terme de droit. Je pose un acte intérieur qui est contraire à la loi, donc je n'ai pas le droit de faire ça. Et en revanche, si demain je disais : « non, non, mais c'est bon... réduction des risques pour éviter... les mecs y consomment ce qu'ils veulent dans leur chambre », ça serait l'inverse quoi, voilà.³⁴

En marge de notre entretien, nous avons continué à échanger autour du projet d'établissement. Je souhaitais en fait pouvoir le consulter. Il m'a dit que ce projet ne faisait que refléter l'interdiction des consommations, et qu'il n'avait une fois encore pas d'autres choix concernant les produits illicites. Ce à quoi j'ai répondu que Carteret³³ indiquait pourtant dans son projet que « *la consommation des produits addictifs (alcool, drogues...)* [était] reconnue à l'intérieur du CHRS » (PE, 2016, p. 17). Il fût très surpris de l'apprendre, et témoigna d'une

33. Nous allons faire référence ici à deux CHRS : Carteret et Riboud. Concernant Carteret, le lecteur trouvera une présentation détaillée de cet établissement à la page 46. Pour ce qui des autres CHRS (dont Riboud), je détaille leurs caractéristiques à la page 52.

34. Extrait de l'entretien du 24 novembre 2017, p. 137 (les numéros de page sont ceux du document annexé qui présente la transcription des principaux entretiens).

grande curiosité : « *Je ne vois comment c'est possible. Je serais vraiment intéressé d'en parler avec Karim...* »³⁵.

- *L'exception... qui confirme la règle.*

Le fait est que j'avais moi-même rendez-vous avec Karim cinq jours plus tard. J'attendais d'ailleurs cet entretien avec une certaine impatience, la lecture de son projet d'établissement m'ayant beaucoup intéressé... J'étais curieux de connaître la position de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale³⁶ au sujet de cette reconnaissance affichée des consommations de drogues.

Karim m'expliquait que ce volet du projet d'établissement est plus ou moins « toléré » par les financeurs, lesquels se réservent le droit de dire qu'ils ne savaient pas... Ce flou contraste avec la volonté de l'équipe de direction pour laquelle il était nécessaire de poser un cadre clair afin que les professionnel·le·s puissent travailler sereinement. Je reprends ci-dessous l'échange que nous avons eu sur ces questions³⁷ :

O : Dans votre projet, vous parlez à plusieurs reprises de « tolérance » vis-à-vis des consommations. Pourquoi ce vocabulaire ? Pourquoi ne pas dire que les consommations sont acceptées ? J'me pose aussi la question, du coup, du rapport à la loi...

K : Alors, je vais revenir juste un petit peu en arrière. En fait, quand je suis arrivé, y avait que le CROSMS³⁸, du coup. Et on a eu ce souci-là avec l'État. À un moment y a eu un décès. Euh... et l'État a été étonné qu'on fasse de l'accompagnement aux addictions ici, qu'y avait la possibilité de consommer. C'était écrit sur le CROSMS : on prend les gens comme ils sont, avec leurs problématiques.

O : Vous aviez eu un décès ?

K : On en a eu plusieurs, mais un qui a posé un peu souci...

O : mais dans le cadre d'une overdose ?

K : ...oui... oui, oui.

O : D'accord.

K : Du coup, ça a posé souci. L'État... voilà, y savait pas qu'on faisait ce projet-là. Du coup ça s'est le jeu, c'est pas très grave. Du coup, on a dit, quand on est arrivé avec le directeur adjoint, on s'est dit : ben va falloir qu'on pose quelque chose de clair, pour que les équipes – aussi – puissent travailler sereinement. Voilà.

35. Extrait de mon journal de bord (Karim est le chef de service du CHRS Carteret).

36. Organisme de tutelle des CHRS.

37. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 14-16).

38. Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

[...]

O : Et donc au niveau de la loi, alors excuse-moi j'ai peut-être pas bien compris, mais... parce que donc tu disais que c'était pas forcément très clair, que vous aviez mis les choses à plat...

K : Je pense que c'est assez explicite dans le projet de service aujourd'hui...

O : Ouais, ouais... mais ce que je veux dire, c'est qu'au niveau de vos financeurs, donc du coup, c'est admis.

K : C'est admis [*long silence : il trace le signe point d'interrogation avec un doigt à ce moment-là*]...

O : Ouais, c'est...

K : c'est toléré.

O : ... d'accord.

K : Voilà. Y peuvent faire les étonnés du coup.

O : D'accord : y peuvent encore faire les étonnés ?

K : Oui, oui... bien-sûr. C'est assez paradoxal du coup. Parce qu'y savent bien ce qu'on fait à Carteret. Alors c'est pas une salle de shoot hein, on le dit... euh... mais comme c'est des logements : les gens peuvent faire ce qu'ils veulent dans leur logement du coup. Voilà.

1.2.2 Des paradoxes d'une législation à l'acceptabilité d'une pratique

D'après ces éléments d'enquête exploratoire, il semble difficile d'inclure la RdR dans les pratiques d'accompagnement en centre d'hébergement. Le premier obstacle rencontré par les acteur·rice·s, au niveau institutionnel, serait donc d'ordre juridique. En effet, les situations présentées montrent que les responsables de CHRS sont aux prises avec les paradoxes de la législation sur les drogues. Il·elle·s sont empêtré·e·s dans des contradictions, avec lesquelles chacun·e compose différemment³⁹.

Je suis donc placé, dans ma pratique professionnelle, face à cette contradiction : **comment soutenir les usager·ère·s dans leurs démarches d'insertion sociale, alors même qu'il·elle·s se voient quasiment interdire l'accès aux dispositifs existants – du simple fait de leurs consommations ?** Les difficultés liées au contexte législatif suffisent-elles à expliquer les réticences vis-à-vis de la RdR ? Ces dernières n'ont-elles pas des répercussions sur

39. Ces paradoxes ont occupé une place centrale dans notre analyse. Nous en avons dressé les contours dès l'introduction de ce mémoire – et nous y reviendrons, en troisième partie, dans le cadre d'une reprise socio-historique de notre objet de recherche.

l'acceptabilité de la pratique de RdR en CHRS ? Il faut dire que cette démarche n'est pas forcément connue par nos partenaires... Il·elle·s nous « laissent » volontiers ce volet de l'accompagnement, sans forcément imaginer pouvoir y prendre part. Or, même si nous travaillons en CAARUD à une meilleure gestion des prises de produits, nous savons bien que l'hébergement (entre autres) peut être un outil permettant de stabiliser les consommations sur le plus long terme. Pourtant, la RdR reste visiblement cantonnée au CAARUD. Est-ce vraiment le cas ? Si oui, comment peut-on l'expliquer ?

Dans ce contexte, je propose une question centrale ainsi formulée : en quoi la gestion des consommations chez les usager·ère·s de drogues actif·ive·s représente un rapport au risque acceptable aux yeux des professionnel·le·s des CHRS ?

Chapitre 1.3 L'hypothèse de la RdR comme épreuve pour les professionnel·le·s des CHRS

1.3.1 Dans la « boîte noire » de la MVS

À ce stade de ma recherche, j'étais encore en quête d'hypothèses – selon une approche hypothético-déductive. J'ai construit ainsi une hypothèse de départ, en l'occurrence autour de la notion d'*épreuve*. Dans ce mémoire, j'ai choisi de la présenter sur la base des investigations que j'ai menées à la MVS⁴⁰. De ce fait, j'ai requalifié cette partie d'enquête en étude exploratoire.

Cette structure intervient en amont de l'entrée en CHRS. Son rôle consiste à traiter les demandes d'hébergement (constitution des dossiers, puis orientation des personnes en fonction de leurs besoins et des places disponibles). Précisons que les professionnel·le·s des CHRS ont une place importante dans le fonctionnement de la MVS. Ces dernier·ère·s assurent, à tour de rôle, les permanences d'accueil. Dans ce cadre, il·elle·s réalisent généralement le « diagnostic social ». Il s'agit d'un **dossier papier** qui constitue la demande initiale. Un **dossier informatisé** est ensuite créé. Il reprend les principaux éléments du diagnostic social, et précise les périodes où la personne a pu être hébergée. Le logiciel donne également la possibilité aux professionnel·le·s de rédiger des « notes » permettant d'actualiser le dossier et de suivre ainsi la demande.

Dans ce contexte, je me suis intéressé aux dossiers des usager·ère·s de Pause Diabolo. J'ai constitué une liste de trente-quatre personnes rencontrant des difficultés liées à l'hébergement. Leurs dossiers faisaient-ils mention des addictions ? Si oui, en quels termes ? La question des consommations était-elle prise en compte au moment de l'orientation ?

Dans un premier temps, j'ai obtenu l'accord de la MVS pour consulter les dossiers de demande d'hébergement (sous couvert d'anonymat). J'ai effectué cette recherche, dans les locaux du SIAO, durant l'après-midi du 24 avril 2018. Dans un second temps, j'ai eu accès au logiciel de la MVS par l'intermédiaire de mes collègues du CAO. Il se nomme « PROGDIS 115 / SIAO ». J'ai pu le consulter à plusieurs reprises au cours du mois d'avril 2018. Je vais détailler à présent les résultats de cette enquête exploratoire. Ces derniers m'amèneront donc, à la fin de ce chapitre, à formuler ce qui a été une hypothèse de recherche.

40. La MVS porte le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) du département du Rhône.

- Les demandes d'hébergement adressées à la MVS

J'ai répertorié vingt-cinq dossiers de demande d'hébergement à la MVS (lesquels ont une ancienneté moyenne de deux ans et huit mois⁴¹). Ces dossiers concernent vingt et un hommes et quatre femmes, ayant une moyenne d'âge de trente-huit ans au moment de leur demande.

J'ai retrouvé les dossiers de six usagers avec qui nous aurons un entretien (ou un échange dans le cadre d'une séquence de *participation observante* pour le cas de Sandro⁴²). J'ai indiqué ces personnes dans les premières lignes du tableau récapitulatif ci-dessous, leur prénom est mentionné en marron.

Tableau 4 : Références faites aux addictions dans les dossiers de demande d'hébergement à la MVS

Usager	Sexe	Origine du contact	Date de la demande	Âge au moment de la demande	Réfèrent de la personne	Rédacteur	Références aux addictions		Référence indirecte	Aucune référence
							Santé	Synthèse		
Benjamin	M	Pause	mars-18	33	Pause Diabolo	idem			×	
Gaëtan	M	Carteret	déc.-16	27	Villa d'Hestia	idem				×
Loïc	M	Pause	juin-16	45	CAO	NR				×
Malik	M	Carteret	nov.-16	50	CCAS St Priest	idem				×
Sandro	M	Carteret	févr.-16	38	CHS Vinatier Samu Social	MVS		« [...] Monsieur explique qu'il a des problèmes de santé et qu'il a besoin de se stabiliser pour engager ou poursuivre des soins. Il est accompagné par le Vinatier sur la question des addictions »		
Yannick	M	Pause	oct.-17	46	Pause Diabolo	MVS		« [...] Un projet de cure devrait se mettre en place d'ici octobre ou novembre 2017. [...] Monsieur perçoit l'AAH et bénéficie d'un accompagnement à Pause Diabolo + suivi CSAPA de la CX Rousse »		
7	M	Pause	avr.-16	50	Pause Diabolo	MVS		« [...] Il a des problèmes d'addiction et est aidé par Pause Diabolo pour cela [...] »		
8	F	Pause	sept.-14	39	H et H Pause Diabolo	NR			×	

41. Pour ce calcul, j'ai retenu le 1^{er} juillet 2018 comme date de référence.

42. J'ai bien sûr modifié le prénom. Il en sera de même pour toutes les personnes nommées dans ce travail.

9	M	Pause	févr.-13	51	NR	MVS				×
10	M	Pause	sept.-13	36	Pause Diabolo	idem				×
11	F	CAO	sept.-17	29	CAO	idem			« [...] Suite à des problèmes d'addiction et de ruptures conjugales, madame s'est retrouvée sans solution d'hébergement »	
12	M	CAO	mai-14	31	NR	NR	« Traitement substitution »		« [...] Il connaît bien Lyon (Pause Diabolo et Rupture le connaissent bien). Il était parti faire les saisons vers Carcassonne, où il vivait en squat. Là-bas, il avait même entrepris des démarches de soins avec le Csapa »	
13	M	Pause	oct.-17	39	HEH	MVS				×
14	M	CAO	mai-14	40	NR	CAO				×
15	M	Pause	nov.-16	37	CHS St Cyr	idem				×
16	M	Pause	sept.-17	44	Pause Diabolo	idem				×
17	M	Pause	oct.-14	20	Pause Diabolo	idem				×
18	M	Pause	juin-13	31	NR	CAO			« Monsieur X est actuellement incarcéré en attente de son jugement (prévenu). Il est bien connu des éducateurs de Pause Diabolo qui l'accompagnent à l'extérieur. Selon eux, Mr a de réelles envies de changements, il était d'ailleurs en train de commencer à chercher une solution d'hébergement pérenne et de mettre en place des soins [...] »	
19	M	Pause	nov.-15	40	CHS SJD	idem				×
20	F	Pause	sept.-13	33	Pause Diabolo	idem				×
21	M	CAO	janv.-18	48	CSAPA Croix-Rousse	MVS	« Ttt substituo. Plus de consomma° de toxique depuis 1 an »			
22	F	Pause	nov.-17	41	Pause Diabolo	NR				×
23	M	Pause	juil.-12	38	NR	MVS				×
24	M	Pause	mars-16	43	CAO Pause Diabolo	CAO				×
25	M	CAO	avr.-16	24	CCAS Tarare Mission Locale	CML				×

Légende

CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CML	Centre Maurice Liotard
H et H	Habitat et Humanisme
SJD	Saint Jean de Dieu
NR	Non Renseigné

Sur les vingt-cinq cas étudiés, j'ai trouvé une référence directe aux addictions dans seulement sept dossiers. Dans les trois quart d'entre eux, les éléments relatifs à l'usage de drogues sont mentionnés dans la partie « synthèse » (vs partie « santé »). Par ailleurs, huit demandes font une référence aux addictions que nous qualifierons d'*indirecte* – dans le sens où la ré-

férent·e de la personne et/ou la·le rédacteur·rice du dossier travaillent dans une structure d'addictologie (Pause Diabolo en l'occurrence). Pour autant, le contenu de ces dossiers n'apporte aucune précision concernant les consommations de drogues. C'est notamment le cas pour les cinq demandes qui ont été rédigées par un·e professionnel·le de Pause Diabolo. Enfin, les dix autres dossiers ne font aucune référence aux addictions.

Revenons plus précisément sur les sept dossiers où apparaît directement la question des consommations. Plus de la moitié de ces demandes ont été rédigées par la MVS, et aucune n'émane d'une structure spécialisée en addictologie. Dans la majorité des cas (57 %), les référent·e·s indiqué·e·s ne travaillent pas dans le champ spécifique des addictions (tableau récapitulatif ci-dessous).

Tableau 5 : Nombre de références aux addictions dans les dossiers de demande d'hébergement à la MVS

Référence « directe »	7	Référent·e		Rédacteur·rice	
		Structures d'addictologie	3	MVS	4
		Autre	4	CAO	2
				NR	1
Référence « indirecte »	8	<i>dont les 5 dossiers rédigés par Pause Diabolo</i>			
Aucune référence	10				
<i>Nombre total de dossiers :</i>		25			

Pour les rédacteur·rice·s, les addictions ne sont pas directement associées aux questions de santé, sauf lorsque la personne prend un traitement de substitution aux opiacés. À partir du moment où cette information est précisée, il s'agit vraisemblablement d'un traitement qui est prescrit à la personne – ce qui implique un suivi médical dans un CSAPA et/ou en médecine de ville. Ce type d'indication est de nature à rassurer l'interlocuteur·rice. Le commentaire suivant semble notamment être rédigé en ce sens : « *Ttt substitut°. Plus de consomma° de toxique depuis 1 an* ».

Dans la synthèse des dossiers, les rédacteur·rice·s parlent de « la question » ou « des problèmes » des/d'addiction(s). Il·elle·s indiquent, dans cinq commentaires sur six, que la personne est en lien avec des structures spécialisées (notamment Pause Diabolo et/ou le CSAPA de l'hôpital de la Croix-Rousse). Là encore, cette indication est susceptible de

rassurer la·le lecteur·rice. Deux commentaires sous-entendent par ailleurs que le parcours des usagers serait plutôt linéaire, les démarches de soins – associées exclusivement au CSAPA – étant une finalité. Relisons l’un d’entre eux : « [...] *Il connaît bien Lyon (Pause Diabolo et Rupture le connaissent bien). Il était parti faire les saisons vers Carcassonne, où il vivait en squat. Là-bas, il avait même entrepris des démarches de soins avec le Csapa* [c’est moi qui souligne] ».

Nous pouvons enfin remarquer que les références faites aux addictions ne donnent jamais lieu à des préconisations au niveau de l’hébergement. Aucun·e rédacteur·rice n’indique que le CHRS Carteret, par exemple, serait une orientation adaptée au vu des consommations de la personne.

- *Les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO*

J’ai retenu vingt-sept dossiers informatisés sur le logiciel PROGDIS 115 / SIAO, dont deux concernent la même usagère (un dossier où cette personne est « en couple » et un autre, ouvert environ deux ans après la clôture du premier, en tant que femme seule).

L’ensemble de ces dossiers concerne donc vingt-six usager·ère·s en tout, soit une personne de plus que pour les dossiers « papier ». Cela s’explique par le fait qu’un usager soit répertorié dans le logiciel de la MVS pour avoir appelé le 115 (une seule fois en l’occurrence), sans avoir déposé de demande d’hébergement en parallèle. Les éléments le concernant sont repris dans la dernière ligne du tableau récapitulatif l’ensemble des données (annexe 6).

Il y a environ trois ans et huit mois que ces dossiers ont été ouverts⁴³, sur une durée moyenne de trois ans et quatre mois. Ainsi, 85 % d’entre eux étaient toujours en cours au moment où j’ai consulté le logiciel (entre le 16 mars et le 11 avril 2018). Quatre dossiers seulement, pour différentes raisons, étaient clôturés. On retrouve celui de l’usagère qui s’est séparée de son compagnon. Par ailleurs, une personne s’est installée dans un logement de droit commun ; une autre est partie vivre à l’étranger. Enfin, une jeune femme est malheureusement décédée.

43. Un appel au 115 est à l’origine de la première demande dans 70 % des cas (vs dépôt d’un dossier « papier »).

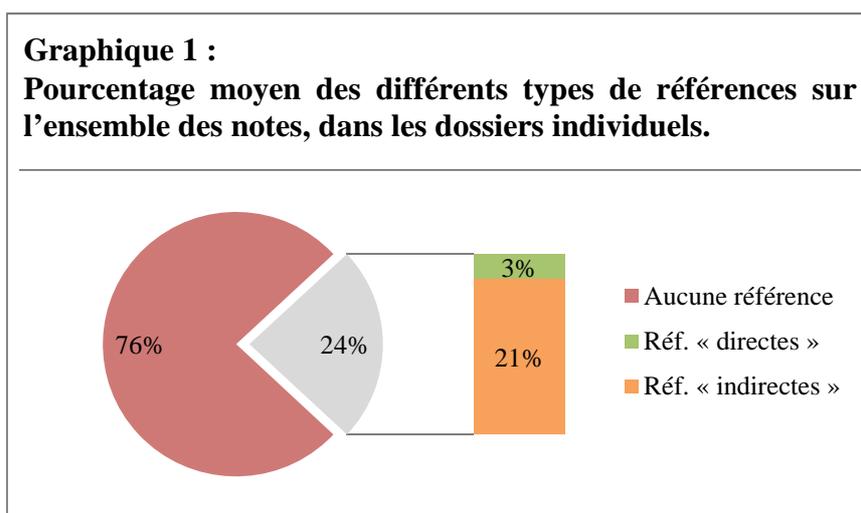
Les professionnel·le·s de la MVS ont rédigé un total de 387 notes⁴⁴, quatorze par dossier en moyenne. Ce chiffre reste toutefois extrêmement variable. Deux dossiers ne comportent aucune note, alors qu'un autre en compte soixante et une⁴⁵.

Sur ces 387 notes, soixante et une font référence aux addictions. Près des trois quart des dossiers⁴⁶ (72 %) comptent entre une et quatre des notes en question, soit une moyenne – cette fois significative – de deux par dossier. De la même façon que dans les dossiers « papiers », les références faites aux addictions sont plus ou moins explicites (tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Nombre de références aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO

	<i>Notes</i>	<i>Dossiers concernés</i>
Référence « directe »	9	3
Référence « indirecte »	52	20
Aucune référence	326	6
<i>Nombre total de notes :</i>	387	(27 dossiers consultés)

J'ai ensuite calculé ce que représente chaque type de référence par rapport à l'ensemble des notes pour chaque dossier. Le graphique ci-dessous permet de visualiser les pourcentages moyens obtenus.



44. Pour faciliter la lecture, je parlerai indifféremment de *note*, de *commentaire* ou de *message*.

45. En considérant l'écart moyen à la moyenne, qui est donc très élevé, nous pouvons simplement préciser qu'un peu plus de la moitié des dossiers (56 %) contient entre quatre et vingt-cinq notes.

46. Sans tenir compte, évidemment, des deux dossiers où il n'y a aucune note.

► Dans un premier temps, nous allons détailler le contenu des références faites aux addictions. Les auteur·e·s en parlent ouvertement dans neuf notes, lesquelles concernent seulement trois dossiers. La majorité des commentaires (six en tout) ont trait à l'alcool. Les trois autres ne précisent pas le produit consommé, et évoquent simplement « les/l'addiction(s) » de la personne.

Lorsque la situation d'addiction est qualifiée (quel que soit le produit), il s'agit d'« un/une problème/problématique » ou d'« une difficulté ». Les addictions sont d'ailleurs abordées sous l'angle du soin, au sens médical, à six reprises. Il est alors question de « cure », de « post cure » ou de « sevrage ». Deux notes considèrent les addictions au regard des difficultés qu'elles engendrent. Un seul commentaire prend en compte les consommations d'une personne en vue d'une orientation adaptée. La rédactrice du message estime qu'il est préférable de ne pas orienter un monsieur dans un CHRS (Riboud en l'occurrence). D'après elle, il y retrouverait « *plusieurs copains de boisson, ce qui serait préjudiciables aux uns et aux autres* ».

Par ailleurs, les références faites aux addictions sont plutôt *indirectes* dans 90 % des cas, ce qui représente cinquante-deux notes réparties dans vingt dossiers. On retrouve très souvent le nom d'une structure en addictologie. *Pause Diabolo* revient notamment à trente-trois reprises. Les acronymes CSAPA et ARIA sont cités, respectivement, six et trois fois. Le nom *Ruptures* apparaît enfin une fois⁴⁷. Toutefois, il n'est pas sûr que les lecteur·rice·s connaissent ces établissements et/ou la signification de ces abréviations. Les notes indiquent généralement que la personne est « suivie » (ou plus rarement « accompagnée ») par ce type de structure, sans autres précisions. Les informations données peuvent même prêter à confusion. ARIA est une structure qui se compose, par exemple, de plusieurs services (deux CSAPA, un CAARUD et le CHRS faisant partie de notre enquête). Or, le dossier de Gaëtan indique simplement qu'« il est domicilié à ARIA ». La·le lecteur·rice ne sait donc pas dans quel cadre ce monsieur est accompagné, à moins de connaître le fonctionnement interne de l'association. Il se trouve que la domiciliation est rattachée aux CSAPA, et réservée aux usager·ère·s de ces services...

Je me suis également intéressé aux notes rédigées sur la base d'un contact avec *Pause Diabolo* (suite à un échange téléphonique ou au passage d'un collègue à la MVS⁴⁸). On compte vingt-

47. *Ruptures* est le nom du deuxième CAARUD lyonnais, rattaché à l'association OPPELIA - ARIA.

48. Il arrive aussi que le contenu d'un mail adressé à la MVS au sujet d'un usager fasse l'objet, en tant que tel, d'une nouvelle note dans son dossier.

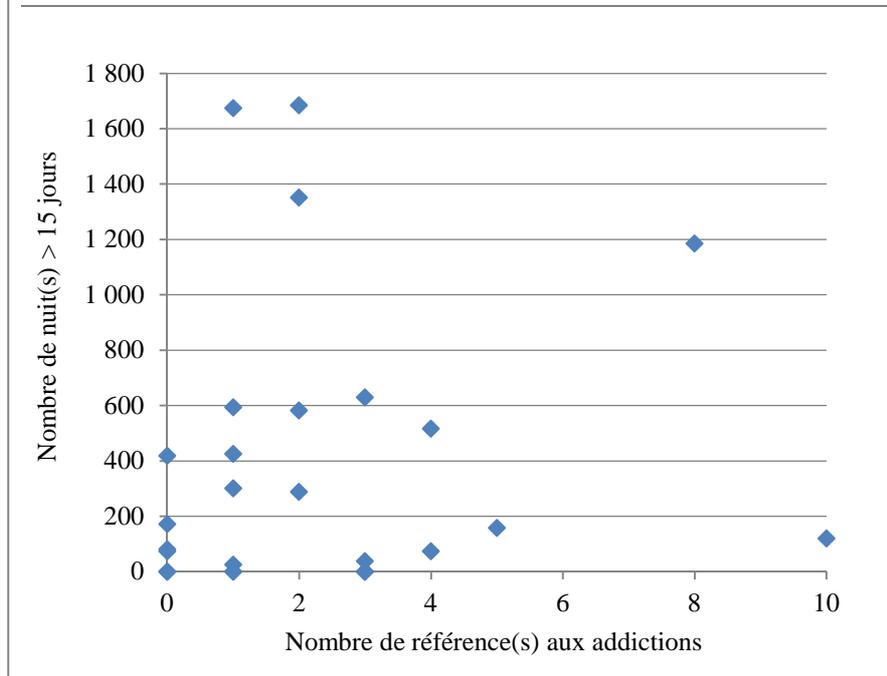
six commentaires de ce type, et seulement l'un d'entre eux fait allusion aux addictions. Il a été rédigé par Estelle (la coordinatrice de la MVS), en voici le contenu : « *pause diablo : orienté ce jour à apus pour évaluation apus en chrs ok est ds le soin* ». Il s'agissait donc de vérifier avec Pause Diabolo que cette personne s'inscrivait dans une démarche de soin pour valider son orientation au CHRS Apus. Ce message nous intéresse à double titre. Il renseigne d'une part sur la teneur des échanges, entre la MVS et Pause Diabolo, au sujet des addictions. D'autre part, il souligne la condition à remplir – être en l'occurrence dans une démarche de soin – pour être orienté au CHRS Apus.

Par ailleurs, les professionnel-le-s de Pause Diabolo suggèrent une orientation à Carteret dans cinq notes. Toutefois, l'addiction n'est jamais l'argument avancé pour justifier cette préconisation. Le constat est finalement le même que dans les dossiers « papier » : les commentaires rédigés en lien avec Pause Diabolo n'apportent aucune précision concernant les consommations de drogues.

► Dans un second temps, j'ai cherché à savoir s'il existait une corrélation entre le nombre de notes relatives aux addictions et l'accès à l'hébergement (voir tableau récapitulatif en annexe 7). J'ai déterminé, pour chaque situation, le nombre total de nuits auxquelles la personne pouvait prétendre. J'ai ensuite calculé le nombre de nuits obtenues, en distinguant les périodes d'hébergement en fonction de leur durée (inférieure ou supérieure à quinze jours). En effet, l'hébergement est souvent discontinu au niveau du dispositif d'urgence. Les personnes peuvent avoir été hébergées quelques nuits seulement, plusieurs fois dans l'année. Dans ce cadre-là, nous savons déjà que l'addiction n'est pas prise en compte. Il est donc plus intéressant pour nous de considérer les périodes comptant plus de quinze nuits d'affilées, ce qui correspond davantage à de l'hébergement d'insertion.

Dans les faits, il n'y a aucun lien significatif entre les deux. Le graphique ci-dessous permet de visualiser les données. Les quatre personnes ayant bénéficié du nombre de nuits le plus élevé (supérieur à mille) ont fait l'objet d'un nombre très variable de commentaires, entre un et huit. Cet écart se retrouve pour les personnes qui ont obtenu le nombre de nuits le plus faible (inférieur à 200). Le nombre de notes les concernant varie alors entre zéro et dix. Au final, les résultats sont quasiment identiques si l'on ne dissocie pas les périodes d'hébergement en fonction de leur durée.

Graphique 2 :
Nombre de nuits obtenues, sur une durée supérieure à quinze jours consécutifs, par rapport au nombre de références faites aux addictions.



Les références faites aux addictions dans les dossiers n’ont donc pas d’impact – ni positif, ni négatif – dans l’accès à l’hébergement, quel qu’il soit. Si la question des addictions peut être abordée par les professionnel·le·s de la MVS, elle n’est pas réellement prise en compte dans l’orientation des personnes.

- *Lecture croisée des données (version papier et informatisée des dossiers)*

La concordance entre les deux tableaux récapitulatifs permet une lecture transversale, par usager·ère, des données recueillies⁴⁹. Parmi l’ensemble des situations étudiées, on trouve au moins une référence aux addictions dans 81 % des cas – dans la version papier et/ou informatisée du dossier. **Toutefois, ces références sont exclusivement indirectes dans presque deux tiers des situations** (un seul cas compte une référence *directe* uniquement). Dans le tiers restant, on retrouve à la fois des commentaires *directs* et *indirects*. Je détaille ces résultats dans le tableau ci-dessous.

49. La ligne sept correspond en effet à la même personne dans les deux tableaux, et ainsi de suite...

Tableau 7 : Répartition des situations en fonction des références faites aux addictions

Situations	Avec au moins une référence aux addictions	22	Réf. exclusivement « indirecte »	13
			Réf. « directe » et « indirecte »	8
			Réf. exclusivement « directe »	1
	Sans référence aux addictions	5		
<i>Nombre total :</i>		27		

1.3.2 Des prémices d'une épreuve à la formulation d'une hypothèse

Plusieurs éléments significatifs ressortent de cette analyse documentaire. La plupart du temps, les rédacteur·rice·s ne parlent qu'indirectement des addictions. Même dans le cas des références *directes*, les commentaires sont succincts et imprécis. On ne connaît pas le(s) produit(s) utilisé(s), sauf dans deux situations où il est question d'alcool. Sur ce point, Estelle avance une explication : « *l'alcool sera peut-être plus facilement abordé parce que mieux connu. Enfin mieux connu... j'veux dire... si, mieux connu* »⁵⁰. Par ailleurs, l'ancienneté des consommations n'est jamais précisée, tout comme le mode de prise ou le type d'usage (usage simple, usage nocif ou dépendance⁵¹). Précisons également que les informations apportées sont factuelles, et que rien n'informe sur l'intention qui accompagne ce type de commentaire. Toujours est-il que la RdR ne correspond apparemment pas à la préoccupation des acteur·rice·s, lequel·le·s semblent totalement méconnaître ce champ d'intervention. Il s'avère que l'acronyme CAARUD n'est jamais utilisé. Par contre, les centres de soins spécialisés sont clairement identifiés, le mot « CSAPA » étant mentionné à neuf reprises. Quoi qu'il en soit, les rédacteur·rice·s cherchent surtout à préciser si la personne bénéficie d'une prise en charge en addictologie. Cette indication semble être une façon de « contenir » la problématique addictive. Souvent, c'est d'ailleurs ce qui vient clore le sujet. Prenons quelques exemples : « *problématique santé addiction suivi csapa croix-rousse* », ou encore : « *Mr est stabilisé et suivi dans ses addictions* ». À la lecture de ces messages, la question des consommations semble être réglée. Sans doute est-il rassurant de savoir, pour les intervenant·e·s, qu'une personne s'inscrit dans une démarche de soins. Cela laisse sous-entendre que ses consommations auront des conséquences moindres sur l'hébergement. Pour la MVS, les questionnements liés aux addictions peuvent d'ailleurs se résumer ainsi : « *y a du soin, y a pas de soin, quelles problématiques derrière ça va engendrer ?* »⁵⁰. L'objectif

50. Extrait de l'entretien du 12 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 252 et 259).

51. Nous reviendrons plus en détail sur les distinctions entre ces différents types d'usages dans la troisième partie.

affiché n'est donc pas d'entrer dans plus de détails. Il est à craindre, du reste, que le fait d'aller plus loin ait plutôt tendance à desservir la personne. Cette supposition expliquerait le constat que nous avons fait, à savoir que les intervenant·e·s spécialisé·e·s n'abordent jamais la question des consommations. Au final, les addictions sont uniquement envisagées sous l'angle des conséquences négatives qu'elles peuvent engendrer – sans être réellement pris en compte. Elles ne donnent jamais lieu à des préconisations (à l'exception du cas dont nous avons parlé dans l'analyse des dossiers informatisés), ce qui rejoint nos conclusions sur l'absence de corrélation entre le nombre de notes et l'accès à l'hébergement.

En résumé, les résultats de cette enquête montrent que le problème des addictions se pose déjà en amont de l'entrée en CHRS, au moment de l'orientation. Le simple fait d'en parler ne va pas de soi. Les consommations sont finalement très peu abordées par les intervenant·e·s, lequel·le·s sont pour la plupart, rappelons-le, des professionnel·le·s de CHRS. Il·elle·s peuvent se sentir démuni·e·s face aux addictions, comme en témoigne Estelle : « *Après, c'est des questions qui sont à aborder, qui demandent quand même une certaine professionnalité qui n'est pas toujours... voilà, quand on n'a pas l'habitude de ce public-là, on sait pas trop comment on l'aborde : donc si on peut éviter la question, on l'évite* »⁵². La RdR n'est donc pas d'actualité à la MVS – même si, paradoxalement, elle pourrait permettre d'aborder plus facilement les consommations. Dès lors, comment expliquer que les intervenant·e·s ne s'en saisissent pas davantage ?

Dans ce contexte, **je formule l'hypothèse selon laquelle les professionnel·le·s des CHRS ne résistent que partiellement à l'épreuve que constitue pour eux·elles la démarche de RdR.** Celle-ci permet de limiter les risques liés à l'usage de drogues, par définition, sans toutefois les éliminer complètement. Les professionnel·le·s conçoivent-il·elle·s le fait de se situer dans cet espace intermédiaire, qui suppose de reconnaître pleinement la fragilité de toute existence humaine ? L'accueil des usager·ère·s de drogues actif·ive·s ne constitue-t-il pas, à leur niveau, une prise de risques qu'il·elle·s ne sont pas en mesure d'assumer ? Ces suppositions, selon mon hypothèse, confirmeraient les réticences dont il·elle·s pourraient faire preuve vis-à-vis de la RdR. Ces résistances diffuses constitueraient vraisemblablement des limites à l'action des CAARUD qui ne peut, à elle seule, permettre aux usager·ère·s de « vivre avec » leurs consommations.

52. Extrait de l'entretien du 12 avril 2018 (*ibid.*, p. 252).

DEUXIÈME PARTIE : UNE ENQUÊTE AU CŒUR DE L'INDICIBLE

Chapitre 2.1 Vers une posture de praticien-chercheur

À ce stade de ma recherche, ma méthodologie n'était pas clairement définie... J'ai dû me heurter à de premiers écueils pour comprendre que la méthode ne pouvait être figée. Elle relève d'un construit, et demande à s'adapter continuellement au terrain d'enquête. Selon la philosophie de John Dewey, « *la méthode est [même] précisément ce qu'il faut rechercher* » (Madelrieux, 2016, p. 24). Ce qui justifie d'y accorder une vraie réflexion, dans une forme de « réflexivité ». **Par méthode, j'entends d'abord une certaine posture de recherche.** Laquelle est à saisir, selon moi, du côté de l'articulation entre la théorie et la pratique. Cette articulation me semble être déterminante, d'autant qu'elle traverse à la fois la philosophie morale, l'intervention en RdR et la recherche-action. Partant de ce constat, il me semble que *la forme* (la méthode) et *le fond* (mon objet de recherche) sont intrinsèquement liés.

2.1.1 L'enquête à ses débuts

- *Une impasse monologique*

Après avoir rédigé mon projet de recherche, j'ai commencé mon enquête de terrain en septembre 2017. Une première étape consistait à mener une analyse documentaire sur la base des principaux écrits qui fixent le cadre d'intervention en CHRS. Je m'intéressais notamment au projet d'établissement, au contrat de séjour et au règlement de fonctionnement. J'ai donc cherché à récolter ces différents documents auprès de nos partenaires associatifs. Dans un premier temps, j'ai ciblé les trois principales associations lyonnaises qui œuvrent dans le champ de l'insertion sociale : l'association Le MAS, l'Association Lyonnaise d'Écoute et d'Accompagnement (ALYNEA) et le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri¹. J'ai d'abord rédigé un courrier à l'attention de ces structures afin de leur présenter ma démarche (annexe 8). Notons que j'ai utilisé spontanément du papier à en-tête du CAARUD Pause Diabolo. Mon positionnement me semblait être sans ambiguïté : je conduisais cette étude depuis ma place d'éducateur spécialisé, tout en l'inscrivant aussi dans le cadre d'une recherche universitaire en sociologie. Mon collègue Hassan étant le référent du travail de rue à Pause Diabolo, je lui ai

1. J'ai circonscrit ma recherche aux établissements de la métropole de Lyon.

demandé son aide pour la diffusion de mon courrier. Il faut dire qu'il se rend chaque semaine dans plusieurs CHRS. Il connaît bien les équipes, et un collègue de Carteret a notamment pu lui dire qu'il allait donner suite... De mon côté, j'ai profité de toutes les occasions qui se présentaient pour faire part directement de ma demande aux partenaires. J'ai croisé certains d'entre eux en réunion, et j'ai pu échanger avec d'autres au téléphone ou encore par courriel. Ce faisant, j'ai inclus dans mon étude la fondation de l'Armée du Salut et l'Association Rhône-Alpes d'Insertion et d'Addictologie (ARIA). Même si ces premiers contacts semblaient encourageants, je n'ai obtenu qu'une seule réponse dans un premier temps. Celle du chef de service du CHRS Cléberg qui m'a envoyé le projet d'établissement de Carteret !² Il m'avait dit d'emblée que le sien n'indiquait rien au sujet des addictions, tout en me conseillant de me rapprocher de Carteret. Voici le bref courriel que j'ai reçu, le 14 septembre 2017 :

Salut olivier, voici déjà le projet d'établissement de Carteret.

Rien vu de bien dément sur la question des addictions mais ne rien en dire est déjà dire quelque chose non ?

A+

J'ai eu un peu l'impression qu'il menait la recherche à ma place, en triant les données pertinentes de celles qui – *a priori* – ne le seraient pas. Quant à l'utilisation de l'adverbe « déjà », il pouvait laisser supposer qu'il allait me transmettre par la suite son propre projet d'établissement : ce ne fût pas le cas.

Devant l'absence d'autre retour, j'ai dû relancer mes interlocuteur·rice·s – avec parfois une certaine insistance. J'avais le sentiment de devoir les convaincre, mais je me devais aussi de les rassurer. Je repense notamment aux échanges que nous avons eus avec la responsable du pôle « *Insertion et protection des familles* » de l'association où je travaille (le CHRS Résidence en fait notamment partie). Sur les conseils de l'assistante de direction du MAS, je lui ai envoyé un courriel. Ce message est resté sans réponse, jusqu'à ce que nous nous croisions totalement par hasard... Elle me disait alors que le projet d'établissement de Résidence était déjà ancien, et qu'il ne reflétait pas les pratiques actuelles. Il ne comportait, par ailleurs, que très peu d'éléments concernant les addictions. Si bien qu'il n'y avait guère d'intérêt, selon elle, à ce que je m'y réfère. Je lui ai répondu qu'il me semblait quand même intéressant de le consulter, ne serait-ce que pour constater ce qu'elle venait de me dire. Après

2. Les CHRS Carteret et Cléberg font partie de la même association, en l'occurrence ALYNEA.

que je l'aie rassurée sur mes intentions de recherche, elle m'a finalement indiqué qu'elle me l'enverrait. Le lendemain, je lui ai envoyé un courriel pour confirmer notre échange :

Bonsoir Meryem,

Suite à notre échange d'hier, je t'envoie la présentation un peu plus complète de ma démarche (document ci-joint).

J'ai entendu tes interrogations, et j'ai conscience que le projet d'établissement ne reflète pas forcément la réalité des pratiques (c'est d'ailleurs aussi notre cas à Pause Diabolo). Il reste néanmoins intéressant de mener cette analyse documentaire, en sachant donc que ce n'est qu'une « première approche ». Peut-être serais-je amené, par la suite, à relever certains décalages...

Merci de m'avoir proposé d'échanger sur ce sujet. Comme je te le disais, j'ai vraiment à cœur que cette étude présente un intérêt concret. Je suis en train d'imaginer un « dispositif de recherche » (comme on dit à la fac) qui puisse le permettre. Cela pourrait prendre la forme d'une réflexion partenariale, impliquant bien sûr aussi des usagers. C'est ce que j'évoque à la fin de mon texte de présentation... Je vais finaliser, dans les prochaines semaines, une proposition en ce sens.

Si tu as d'autres questionnements, n'hésite pas à m'en faire part. Ce sont ces retours qui me permettent aussi d'avancer !

Bonne soirée

Nouveau message, donc, auquel je n'obtiens pas de réponse... À ce stade de mon enquête, seuls deux autres établissements m'avaient transmis leurs documents « internes » : l'Apus et Francis Feydel.

Les CHRS se montraient donc plutôt distants. Je ne comprenais pas pourquoi, d'autant que personne ne m'avait opposé de refus catégorique. Je m'étais adressé prioritairement aux responsables des établissements. Leur absence de retour signifiait-elle un refus implicite de leur part ? Ou bien ne prenaient-ils-elles tout simplement pas le temps de s'en occuper ? Je ne pouvais pas le savoir. La question des addictions ne les intéressait-elle pas ? Ou était-elle trop embarrassante ? À quels risques s'exposaient-ils-elles en me transmettant ces documents ?

- *La nécessité du dialogue*

Avant de formuler ma demande, j'avais échangé avec plusieurs professionnel·le·s de CHRS. La question de la RdR ne semblait pas les interpeller (du moins en tant que telle). C'est pourquoi j'avais préféré faire référence, plus largement, aux « problématiques ad-

dictives »³. Je m'étais gardé, par ailleurs, d'aborder la notion de l'acceptable qui n'allait que complexifier la présentation de ma démarche. Je pensais ainsi avoir réuni les conditions pour que mes interlocuteur·rice·s puissent s'approprier mes questionnements, et même y prendre part. Au lieu de cela, j'ai cru percevoir une certaine gêne chez la plupart d'entre eux·elles. D'une part, il·elle·s ont eu peur d'être jugé·e·s. Ce sentiment tient à l'histoire de la RdR qui s'est construite en opposition avec le soin traditionnel, dans une certaine conflictualité entre les acteur·rice·s. Il arrive que nous ressentions, encore aujourd'hui, le poids de cet héritage dans nos relations avec les partenaires. D'autre part, il·elle·s n'avaient pas forcément envie de répondre sur le registre proposé. J'espérais naïvement que les responsables des structures se saisiraient de la démarche, alors même que le style monologique de ce début d'enquête les en empêchait. Dans les faits, il·elle·s ne pouvaient pas réellement y participer.

Je pensais mener des entretiens avec certains responsables de CHRS après avoir lu les documents de cadrage de leurs établissements, ce qui m'aurait permis d'adapter la grille d'entretien à chacun·e de mes interlocuteur·rice·s⁴. Mais il me fallait procéder différemment, et j'ai simplement décidé d'inverser la démarche. J'allais donc solliciter des entretiens sans attente particulière, si ce n'est celle de pouvoir échanger autour des pratiques liées aux addictions. Cette approche est sans doute plus spontanée, tout en exigeant d'être beaucoup plus « construite ». Je restais bien sûr intéressé par la lecture des documents internes. Sans doute allais-je plus facilement y avoir accès dans un second temps...

Toutes les personnes avec lesquelles j'étais en contact m'ont accordé un entretien, parfois même avec un vrai enthousiasme (en ayant manifestement envie de partager leur expérience). Certains responsables ont particulièrement retenu la perspective de développer un partenariat avec Pause Diabolo. En adaptant ma méthodologie au terrain, j'avais déjà orienté ma démarche du côté d'une « recherche-action ».

2.1.2 De la « philosophie RdR » à celle de John Dewey

Ce début d'enquête m'a conduit à réinterroger ma posture de recherche, alors même qu'elle me paraissait évidente au départ. J'ai eu besoin de mener un travail de réflexion dans

3. Je ne parle généralement pas de « problématique » au sujet des addictions. J'emploie le pluriel à dessein afin de minimiser le caractère globalisant de ce type d'appellation.

4. J'ai tout de même pu le faire avec trois établissements : Carteret, l'Apus et Francis Feydel.

une dimension d'ordre épistémologique. « Faire de la recherche », en quoi cela consiste-t-il ? Selon quels enjeux ? Comment me positionner face à mes interlocuteur·rice·s ? Ces questions se sont posées à différentes reprises, et notamment lorsque j'ai élaboré ma grille d'entretien. Qu'est-ce que je souhaitais précisément savoir ? Comment formuler mes questions ? J'avais parfois l'impression d'être dans une démarche d'évaluation (en l'occurrence dans une forme de jugement), ce qui ne me convenait pas du tout.

J'ai eu très tôt le sentiment d'une continuité entre mon positionnement professionnel et ma posture de chercheur. En quoi était-ce le cas ? « *Il ne s'agit [...] pas de méthode, je n'en ai jamais eu* », disait Deligny au sujet de l'accompagnement éducatif (1975, p. 153), « *il s'agit bien, à un moment donné, dans des lieux très réels, dans une conjoncture on ne peut plus concrète, d'une position à tenir* » (*ibid.*). Mais de quoi relève cette fameuse position ? Ne vaut-elle que pour la pratique professionnelle ? Ou peut-elle s'appliquer aussi à la recherche ?

Je suis ainsi passé par une phase de « déconstruction ». Il me fallait définir les contours de ma posture habituelle de travail, sous l'angle de l'articulation entre pratique et théorie. C'est à cette condition que j'allais pouvoir m'en détacher, du moins en partie, pour évoluer vers une posture adaptée à la recherche.

- *L'approche expérientielle des addictions*

Comme je l'explique en introduction, mon arrivée à Pause Diabolo a soulevé bon nombre de questions. Je n'ai pas compris d'emblée le sens du travail en CAARUD. Pour moi, les choses n'allaient pas de soi... J'ai donc beaucoup questionné mes collègues qui ne répondaient pas forcément à mes interrogations, ce qui avait d'ailleurs tendance à m'agacer. Je restais dans le doute, pensant qu'il devait s'agir là d'un passage obligé... J'ai ressenti, dans ce contexte, le besoin d'investir des espaces de réflexion en parallèle de mon travail. Une motivation inavouée (et plutôt inavouable) était probablement de maîtriser l'inconfort de la pratique. J'ai préparé le diplôme universitaire intitulé *Études des Toxicomanies*, avant d'étudier la psychologie en formation « à partir de la pratique » durant deux ans. Je pouvais ainsi me raccrocher à plusieurs cadres conceptuels. D'une certaine façon, je cherchais à rendre l'action « intelligente » en allant trouver à l'extérieur des réponses aux questions posées par la pratique. Selon cette approche, la pensée et l'action restaient donc relativement dissociées. Ma

position était plutôt celle d'un « *chercheur de l'extérieur* » (De Lavergne, 2007, p. 36). Il s'agissait bien d' « étudier sur » et non de « chercher avec »...

J'étais pourtant en train d'expérimenter, dans mon quotidien de travail, une approche bien différente. La RdR est souvent considérée comme une « philosophie d'intervention ». L'un de ses principes est la reconnaissance des savoirs d'usage (Morel et al., 2012, p. 98). Dans cette perspective, la réflexion est directement reliée à l'action. Si nous sommes régulièrement appelés du côté de l'expertise en tant qu'intervenant·e, ce n'est pas cette position qui prévaut sur le terrain. Notre métier ne consiste pas tant à « connaître », en ayant forcément des réponses, mais bien à *chercher avec* la personne que l'on accompagne. Prenons un exemple lié à la prise en compte d'une nouvelle pratique de consommation⁵.

De plus en plus de personnes fument de la cocaïne basée (que l'on nomme aussi crack ou « free base »)⁶. Pour cette pratique, nous recommandons d'utiliser du bicarbonate de soude. Dans les faits, beaucoup d'usager·ère·s n'arrivent pas à utiliser ce produit. Il·elle·s ont donc recours à de l'ammoniaque, généralement diluée à environ 13 %. Nous conseillons alors de rincer plusieurs fois le « caillou » obtenu après basage.

Dans ce contexte, une usagère expliquait avoir trouvé dans le commerce de l'ammoniaque plus fortement diluée qu'à l'ordinaire. Elle l'utilisait en pensant réduire ainsi les risques. Cette pratique était-elle viable ? La dilution de l'ammoniaque avait-elle une réelle incidence sur sa toxicité ? Nous avons échangé à ce sujet en réunion d'équipe, le 14 décembre 2017. Tou·te·s les collègues présent·e·s étaient d'accord pour se référer aux conseils « officiels » de RdR. Certains sites internet font autorité en la matière, comme celui de l'association d'auto-support « PsychoACTIF »⁷. Les usager·ère·s de drogues y partagent notamment leur expérience sur un forum de discussion. Notre réflexe n'a pas été de demander l'avis de la pharmacienne⁸, pourtant à même de nous apporter une caution scientifique...

5. Le lecteur peut se référer au *glossaire du « monde » des drogues*, en page VII, pour obtenir plus de précisions sur le vocabulaire utilisé dans les deux paragraphes suivants.

6. Différentes motivations peuvent être à l'origine de cette pratique de consommation. Certain·e·s usager·ère·s recherchent expressément les effets induits par le crack (ce sont les mêmes que ceux de la cocaïne mais d'intensité plus forte), d'autres se tournent vers ce mode de prise parce qu'il·elle·s n'ont plus suffisamment de veine pour s'injecter.

7. <http://www.psychoactif.org>

8. Une pharmacienne travaille à Pause Diabolo depuis décembre 2015. Étant à temps partiel, elle ne participe pas forcément à toutes les réunions d'équipe.

En CAARUD, ce sont donc les usager·ère·s qui posent les problèmes à résoudre – et nous cherchons *avec eux-elles* des réponses dans l'expérience. Notre approche pourrait s'être inspirée de la pensée de John Dewey, selon laquelle « *il n'y a pas à chercher le remède aux incertitudes de l'expérience en dehors de l'expérience même* » (Madelrieux, *op. cit.*, p. 51).

- *Le pragmatisme de Dewey*

J'ai donc notamment réfléchi à ma posture de recherche sur la base de cette expérience professionnelle. Avant de me pencher sur le style pragmatique en sociologie, je me suis intéressé au pragmatisme (parfois qualifié de « classique ») de John Dewey. La sociologie qui nous intéresse peut effectivement se ranger dans la tradition pragmatiste américaine, même si certains relativisent ces liens de filiation (Stavo-Debauge, 2012).

Dewey se montre très critique à l'égard de la philosophie « classique », laquelle est née pour répondre à l'incertitude de l'existence. Cette discipline n'a cessé de rechercher un fondement ontologique aux choses et aux événements, générant ainsi de nombreux dualismes. Le pragmatisme deweyen ambitionne précisément de les dépasser... Ainsi faut-il surmonter, entre autres, l'opposition entre les sciences et la morale⁹. Pour Dewey, le problème essentiel de la modernité occidentale repose sur l'écart entre la manière dont on produit nos connaissances sur le monde et la manière dont on détermine ce qui fait autorité sur notre conduite. Il convient justement d'adapter la méthode expérimentale à la résolution des conflits de valeurs. La philosophie devient dès lors « *un type particulier d'enquête culturel* » (*ibid.*, p. 16), et donne une place centrale à l'expérience. Celle-ci relève d'un processus qui peut devenir auto-correcteur. Il s'agit de prendre en compte les conséquences réelles de ses actes pour se préparer à une expérimentation ultérieure. Le projet de Dewey est donc de rendre l'action plus « intelligente ». L'opposition n'est plus entre la pensée et l'action, mais « *entre action impulsive, aveugle, routinière ou mécanique et action réfléchie, délibérée, intelligemment régulée* » (*ibid.*, p. 135).

Il n'y a plus, en ce sens, la·le praticien·ne d'un côté et la·le chercheur·euse de l'autre. Transformer le réel et chercher à le comprendre relève effectivement de la même logique. C'est ce que je pense avoir expérimenté dans la suite de ma démarche...

9. La morale désigne ici ce qui « *concerne la vie spécifiquement humaine par rapport à ce qui est purement physique* », et n'est pas à entendre « *au sens plus étroit d'éthique* » (Madelrieux, *op. cit.*, p. 21).

Chapitre 2.2 Un style pragmatique : le CHRS comme « site de problématisation »

2.2.1 L'expérience de Carteret

C'est une réunion partenariale à Carteret qui a signé le véritable point de départ de l'enquête. Pause Diabolo a été interpellé par l'équipe de ce CHRS à la rentrée 2017. Nous travaillons avec eux·elles, depuis plusieurs années, dans le cadre du travail de rue. Le chef de service souhaitait prévoir un temps de réunion pour faire un bilan de notre partenariat.

L'histoire de Carteret est singulière. Ce centre d'hébergement a été créé en septembre 2001 dans l'actuel quartier de la Confluence, à Montrochet. C'était un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) pensé pour accueillir de jeunes « technivaliers ». Il proposait alors vingt-cinq places « à *bas seuil d'exigences d'entrée* » (PE, *op. cit.*, p. 11). Le CHU acquiert le statut de CHRS en novembre 2007. L'établissement, situé dans le 7^e arrondissement de Lyon¹⁰, accueille désormais vingt personnes seules et sept couples sans enfant (soit une capacité portée à trente-quatre places). **Dès son projet initial, il avait la particularité de tolérer la consommation de substances psychoactives (*ibid.*, p. 13).** C'est encore le cas aujourd'hui, ce qui en fait un partenaire privilégié. L'équipe de Carteret parle désormais d'un CHRS à « *haut seuil de tolérance* ». Nous reviendrons sur cette évolution sémantique...

Une réunion a donc été fixée le 17 octobre 2017, dans les locaux du CHRS. Les deux collègues qui travaillent sur le 7^e arrondissement avaient prévu de s'y rendre, mais j'ai dû remplacer l'un d'eux (qui était malade ce jour-là)¹¹. Ce hasard fut une réelle opportunité, étant donné l'objet de ma recherche.

Toute l'équipe de Carteret était présente, soit sept professionnel·le·s. Au début de la réunion, Karim (le chef de service) regrettait que les diagnostics de la MVS ne fassent jamais état de la question des consommations. Il disait ne pas savoir si une personne était concernée par l'usage de drogues au moment de l'orientation (sauf, de fait, dans le cas où le diagnostic émanait de Pause Diabolo)¹². Il a ensuite insisté sur l'objectif général du CHRS en lien avec les addictions, en expliquant qu'il fallait travailler d'emblée à « l'après Carteret ». Selon lui,

10. Au 21 rue Saint-Jean-de-Dieu.

11. Le travail de rue est effectivement « sectorisé ».

12. Ce constat rejoint les résultats de notre enquête exploratoire menée à la MVS.

les usager·ère·s doivent pouvoir se saisir des dispositifs existants. Il faut donc les encourager à se rendre en CAARUD, et ne pas se contenter d'intervenir en interne...

Hassan et moi avons pris la parole à notre tour, en rappelant les missions de Pause Diabolo. Après quoi, nous avons échangé tous ensemble. Deux problématiques principales ont été soulevées. Les consommations de drogues, selon nos collègues du CHRS, font l'objet d'un tabou au sein de l'établissement. Il·elle·s disent aussi reconnaître que des représentations négatives persistent dans ce domaine, aussi bien chez les hébergé·e·s que chez les professionnel·le·s. Du côté des intervenant·e·s, les représentations sont liées à une méconnaissance du sujet (les effets des produits par exemple). Du côté des usager·ère·s, il·elle·s estiment généralement qu'il·elle·s ne peuvent pas en parler, au risque d'être jugé·e·s négativement.

Ces deux principaux constats (le tabou et la question des « représentations ») correspondent manifestement à ce qui *fait problème* dans le quotidien. Il a donc fallu réfléchir à la manière dont nous pouvions travailler ensemble sur ces questions, et nous avons finalement décidé de mettre en place un groupe de discussion réunissant à la fois des intervenant·e·s de Pause Diabolo, des hébergé·e·s et des professionnel·le·s du CHRS. J'étais à la fois acteur de cette réunion, et dans une position d'observation. Ce qui était en train de se prévoir répondait exactement à ce que j'avais imaginé comme dispositif méthodologique. Je n'ai donc pas hésité longtemps avant d'expliquer à l'équipe l'objet de ma recherche. Je craignais alors certaines réticences. Au contraire, il·elle·s ont trouvé ma démarche intéressante et acceptaient volontiers d'y participer. Deux professionnelles se sont désignées pour suivre le projet : Sabrina et Anaïs.

Nous nous sommes revus le 14 novembre 2017, en comité restreint, afin d'organiser concrètement ce temps d'échange avec les usager·ère·s. J'ai rédigé un compte-rendu détaillé de cette réunion (annexe 9). L'initiative pouvait surprendre, car nous n'en faisons jamais d'habitude. Il s'agissait cette fois-ci d'un élément à part entière de mon enquête. Cet écrit fut validé sans réserve par mes collègues de Carteret, comme en témoigne ce message de Sabrina¹³ :

13. Courriel du 18 novembre 2017.

Salut Olivier,

Écoute c'est nickel !! Merci pour ce travail.

On serait évidemment ravi de venir voir vos locaux. Peux-tu me dire les jours et plages horaires où ce serait le mieux pour qu'on tente d'organiser cela de notre côté.

Merci encore

A+

Cette rencontre a donc été prévue le jeudi 14 décembre 2017, à 14 heures. Nous avons réalisé une affiche, avec Hassan, pour informer les hébergés (ci-dessous).



Photo 2 : Affiche d'information relative au temps d'échange organisé au CHRS Carteret.

2.2.2 L'indicible comme indice de l'acceptabilité

Ce groupe de discussion a eu lieu à la date prévue, et a réuni douze participant·e·s : huit personnes hébergées à Carteret, deux professionnelles du CHRS (Solène et Anaïs) et deux intervenants de Pause Diabolo (Hassan et moi-même). Les échanges ont duré environ une heure quinze. J'ai vraiment été surpris de la manière dont s'est déroulée cette rencontre. Je pensais assister (et participer) à de vifs échanges, imaginant que le sujet que nous abordions était susceptible de susciter la controverse. Je pensais que ce groupe constituerait – en lui-même – une épreuve, tout en pouvant permettre aux protagonistes de travailler à son dépassement... Dans les faits, et au premier abord, les personnes présentes ont montré de la tolérance et une certaine ouverture d'esprit. Gaëtan, un usager connu de Pause Diabolo, s'est même senti tout à fait libre de parler de ses consommations et *a priori*, cette spontanéité n'a pas suscité de jugement particulier.

Si l'ambiance était plutôt décontractée, j'ai tout de même senti une forme de gêne chez plusieurs hébergés. Ce fut notamment le cas avec Malik. Ce monsieur s'est montré très intéressé tout le long de la rencontre tout en précisant bien, et à plusieurs reprises, qu'il ne consommait pas. Solène, l'une des deux professionnelles de Carteret, a pourtant incité Malik à s'exprimer – et cette insistance a fini par l'énerver. J'ai tenté de reconstituer, sur la base des notes prises avec mon collègue¹⁴, le type d'échange qu'ils ont eu ensemble :

S : Et toi Malik, t'as déjà essayé d'autres trucs [*mise à part l'alcool*] ?

M : Ouais

S : Et tu savais comment te protéger, tout ça ?

M : J'prends plus rien-là [*sur un ton défensif*].

S : Oui, mais c'est pas un jugement... c'est juste pour savoir si ça te parle c'qu'on raconte en fait.

M : Non, mais j'prends rien.

À une exception près, les hébergé·e·s ont très peu parlé d'eux·elles-mêmes. Sachant qu'Anaïs disait avoir elle-même essayé certaines drogues, cette séquence pouvait suggérer que les résistances se situaient plutôt du côté des usager·ère·s (même si Solène, la collègue d'Anaïs,

14. J'avais demandé à Hassan, mon collègue de Pause Diabolo, de prendre des notes aussi précises que possible afin de compléter les miennes.

n'a quasiment rien dit non plus...). La parole était-elle à ce point verrouillée pour que personne ne s'autorise à « dire » ses pratiques ? Ou seul Gaëtan était-il consommateur de produits ? À ce stade de mon enquête, je ne pouvais pas réellement le savoir.

Sur le plan méthodologique, nous retiendrons que cette séquence d'observation participante a réorienté ma question centrale. Carteret est devenu en réalité un « site de problématisation », et donc d'investigation, pour reprendre la notion initiée par Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe (2014, p. 299)¹⁵. En tant que chercheur, cet espace de dialogue représentait un dispositif de recherche à part entière. Si notre interrogation portait initialement sur l'acceptabilité de la pratique de RdR en CHRS, il s'avère que ce n'est pas cette question qui préoccupe en priorité les acteur·rice·s. Le problème qui se pose concrètement sur notre principal terrain d'enquête, Carteret en l'occurrence, concerne le tabou associé aux consommations. **Quelles sont les causes possibles de l'indicible ?** C'est cette question qui a guidée finalement mes investigations.

Je me suis donc inscrit dans une « *recherche de plein air* », en associant à la recherche les acteur·rice·s directement concerné·e·s (*ibid.*, chapitre 3). Il faut dire que ce mode de fabrication de la connaissance correspond assez bien à la philosophie de la RdR. Je rejoins d'ailleurs la manière avec laquelle Pascal Nicolas-Le Strat envisage le travail de problématisation qui, selon lui, « *est [...] toujours situé, précisément construit à un carrefour d'enjeux et d'acteurs. Il représente un lieu où une question d'intérêt public est éprouvée et mise en risque* » (2014). C'est ce que nous avons cherché à faire en organisant ce temps d'échange, auquel était convié l'ensemble des protagonistes.

À travers ce dispositif méthodologique, ma posture est devenue celle d'un « *chercheur de l'intérieur* » (De Lavergne, *op. cit.*, p. 33). De la même façon que les éducateur·rice·s savent faire « flèche de tout bois » en transformant des activités diverses en actes éducatifs (Rouzel, 2000, p. 83), la·le praticien·ne - chercheur·euse me semble devoir se saisir des évènements de sa pratique pour en faire des lieux de recherche et d'expérimentation. Pour poursuivre la comparaison, il pourrait s'agir d'un·e chercheur·euse « *dans et par l'évènement quotidien* »¹⁶.

15. Voir aussi Callon, 2012, p. 14-16.

16. Gilles Gendreau – cité par Lemay, 1999.

Chapitre 2.3 De la méthodologie aux premières pistes d'analyse

2.3.1 Récapitulatif des choix méthodologiques

- *Un terrain de recherche « multi-situé »*

J'ai mené mon enquête de terrain durant huit mois, de septembre 2017 à avril 2018, auprès de huit CHRS et à la MVS. Je me suis attaché à trois cibles : le cadre institutionnel (les responsables des CHRS et les écrits, professionnels et institutionnels, des CHRS¹⁷ et de la MVS), les professionnel·le·s de terrain et les résident·e·s.

J'ai commencé à m'intéresser au cadre institutionnel dans la logique conventionnelle d'un pilotage descendant. J'ai retenu des établissements assez différents, tant au niveau du type de structure (monobloc ou éclatée), qu'au niveau de la nature des places proposées (hébergement d'urgence et/ou d'insertion). L'étude de ce cadre institutionnel me permettait également d'appréhender le contexte d'intervention des professionnel·le·s de terrain, aux prises avec la réalité quotidienne. De plus, je gardais à l'esprit que l'objet de ma recherche a pour finalité un travail pour, et avec, les résident·e·s. J'ai donc recherché également une certaine diversité dans le type de public accueilli : CHRS « tout public » ou au contraire spécialisé (sortant·e·s de prison, personnes concernées par la prostitution et/ou présentant des troubles de l'identité de genre, personnes en souffrance psychique, et familles rencontrant des difficultés en matière de logement).

► Nous avons déjà présenté, dans le chapitre précédent, le CHRS Carteret. Rappelons que l'histoire de cet établissement est significative au regard de notre objet de recherche. Créé pour accueillir des personnes ayant notamment des problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie, il propose encore aujourd'hui un accueil « *avec un haut seuil de tolérance, y compris aux addictions* » (PE, *op. cit.*, p. 5). C'est le seul centre d'hébergement lyonnais qui affiche, et même revendique, cette particularité. Il s'agit donc pour nous d'un terrain d'étude privilégié. Par ailleurs, le CGR - 122 occupera également une place centrale dans l'enquête. Présentons à présent les caractéristiques de cette structure.

17. J'ai suivi précisément la collecte de ces documents dans un tableau récapitulatif (annexe 10).

► Le « CGR - 122 » correspond, en réalité, à deux établissements du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (FNDSA)¹⁸. Le « Centre Gabriel Rosset », du nom du fondateur de l'association, est un CHU d'une capacité de 168 places. Il a été pensé comme un asile de nuit permettant une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle. Situé au 3 rue Père Chevrier (dans le 7^e arrondissement de Lyon), il accueille principalement des hommes isolés et quelques couples. « Le 122 », quant à lui, est un CHRS de vingt-cinq places qui occupe les cinquième et sixième étages du même immeuble. Il accueille uniquement des hommes seuls. La cheffe de service, avec qui nous avons eu un entretien, le présente comme un outil permettant aux personnes hébergées au CHU de « sortir » du dispositif d'urgence. En effet, les orientations au CHRS se font directement en interne (sans passer par la MVS). Ce sont les mêmes professionnel-le-s qui travaillent sur les deux services. Précisons enfin qu'ils nomment « passagers » les personnes accompagnées.

► En outre, six autres CHRS sont donc concernés par l'enquête. Je présente les principales caractéristiques de ces établissements dans le tableau récapitulatif ci-dessous :

Tableau 8 : Caractéristiques des CHRS concernés par l'enquête

<i>CHRS</i>	<i>Nombre total de places</i>		<i>Public accueilli</i>	
	↓	<i>Type de places</i>		<i>Type de structure</i>
Apus	6	Insertion	Éclaté	Personnes concernées par la prostitution et/ou présentant des troubles de l'identité de genre.
Carteret	34	Urgence	Monobloc	Hommes isolés / couples (avec chien)
CGR - 122	193	U (168) / I (25)	Monobloc	Hommes isolés / quelques couples
Cité de Lyon	130	Insertion	Monobloc	Hommes isolés / couples / familles
Francis FEYDEL	42	Insertion	M (18) / E (24)	Personnes en souffrance psychique
Liotard	36	Insertion	Éclaté	Sortants de prison
Résidence	86	ALT* (66) / Baux glissants (20)	Éclaté	Familles rencontrant des difficultés en matière de logement (recherche, accès, maintien)
Riboud	74	Insertion	M (64) / E (10)	Hommes isolés

<i>Légende</i>	U	Urgence	M	Monobloc
	I	Insertion	E	Éclaté
	*	Allocation Logement Temporaire		

18. Association créée en 1950, par Gabriel Rosset.

- *Des techniques d'enquête à géométrie variable*

J'ai utilisé trois techniques d'enquête : l'analyse documentaire, l'entretien semi-directif et l'observation participante. Sur ce dernier point, il serait sans doute plus juste de parler de « participation observante ». En effet, cette notion renvoie davantage à la logique de recherche-action dans laquelle j'ai voulu m'inscrire. Je rejoins par ailleurs les sociologues, tel que Robert Emerson¹⁹, qui estiment que l'enquête de terrain est forcément de nature interactionnelle (Soulé, 2007, p. 132). Il convient donc d'avoir conscience de sa subjectivité et de prendre en compte, dans l'analyse, les effets que l'enquête produit. C'est en tout cas l'état d'esprit avec lequel j'ai appréhendé mon terrain. Enfin, j'ai complété ces méthodes de recherche en rédigeant un journal de bord.

Concernant les entretiens, j'ai élaboré trois trames différentes en fonction du type d'interlocuteur·rice : la coordinatrice de la MVS, les professionnel·le·s de CHRS (responsables ou professionnel·le·s de terrain) et les usagers. Ces grilles d'entretien se trouvent en annexe 11.

J'ai récapitulé l'ensemble de mes démarches d'enquête dans un tableau, placé également en annexe (12), afin de permettre une vue d'ensemble.

2.3.2 Focus sur les entretiens semi-directifs

- *Le choix de la transcription*

J'ai réalisé dix-neuf entretiens au total. Ce corpus constitue une part importante de mon matériau de recherche. Bien que cette étape soit chronophage, j'ai décidé de transcrire dix-sept entretiens en intégralité²⁰. Je dispose ainsi d'une transcription pour cinq responsables de CHRS, six professionnel·le·s de terrain (dont deux ayant participé au même entretien), et six usagers²¹. J'ai transcrit également l'échange que j'ai eu avec la coordinatrice de la MVS.

19. Professeur de sociologie à l'université de Californie.

20. Toutes les personnes interviewées m'ont donné leur accord pour enregistrer nos échanges avec un dictaphone.

21. Ces six personnes se trouvent être des hommes. Il faut savoir qu'en 2018, ces derniers représentent 78 % de la file active de Pause Diabolo. En effet, le public accueilli en CAARUD est majoritairement masculin.

Revenons un instant sur les deux CHRS que nous avons présentés : Carteret et le CGR - 122. J'ai interviewé, dans chacun de ces établissements, la-le chef-fe de service et deux professionnelles de terrain. Cette configuration d'enquête nous permettra d'établir certaines comparaisons, en troisième et quatrième partie, lors de l'analyse des données.

Le choix de transcrire les entretiens s'est imposé pour deux raisons. D'une part, cela me permettait de revenir *a posteriori* sur les passages dont je ne percevais pas d'emblée l'intérêt. D'autre part, je souhaitais pouvoir analyser précisément le lexique utilisé par les principaux groupes d'acteur·rice·s. De façon générale, je considère que la transcription constitue un outil permettant d'exploiter au mieux les données recueillies.

Mon objectif était donc de restituer le plus fidèlement possible les propos des personnes interviewées²². J'ai conservé les hésitations, les mots ébauchés, les silences et les soupirs, les tics de langage (comme les « euh... »), etc. J'ai cherché également à rendre compte du contexte d'énonciation. Le paratexte est indiqué entre crochets et en gris. J'ai appliqué le code typographique proposé par Thibaut Rioufreyt²³ (2016, p. 19-26). Pour faciliter la lecture, seules des corrections mineures ont été apportées. J'ai parfois rétabli, par exemple, la syntaxe de la négation (en ajoutant l'adverbe « ne / n' »). Mais j'ai surtout été attentif à la ponctuation.

Je présente l'intégralité de ces transcriptions dans un document à part. Il me semble important, en effet, que la-le lecteur·rice puisse avoir accès au matériau « brut ». Chaque transcription est précédée d'un chapeau dans lequel sont renseignés le prénom de la personne interviewée, sa qualité, ainsi que le lieu, la date et la durée de l'entretien. À ces métadonnées s'ajoute parfois une présentation du contexte de l'échange, comme dans le cas de Gaëtan. Pour rappel, l'ensemble du corpus a été anonymisé.

- *L'utilisation d'un CAQDAS pour accéder aux nuances des discours*

L'étape suivante consistait à analyser ces entretiens. Il se trouve que Rioufreyt fait référence, dans son article, aux CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis Software). Ces logiciels ont émergé, à partir des années 1980, dans un contexte essentiellement anglo-saxon et germanique. Ils présentent la particularité d'avoir été développés par,

22. J'ai utilisé « oTranscribe », une application internet d'aide à la transcription (<https://otranscribe.com/>)

23. Docteur en science politique.

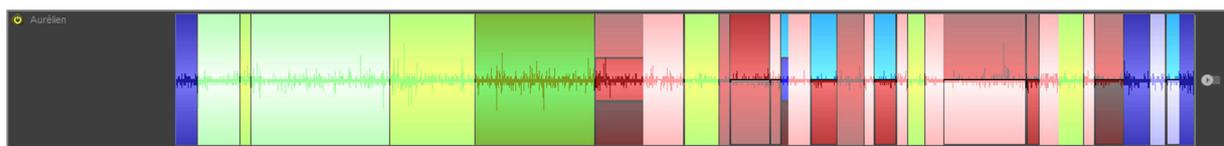
et pour, des chercheur·euse·s en sciences humaines et sociales. Les CAQDAS revendiquent d'ailleurs « *une filiation directe avec la sociologie compréhensive* » (Brugidou, Le Roux, 2005, p. 7). Dédiés à l'analyse qualitative, ils reposent sur le codage des données. Il s'agit en effet de partir des données textuelles (à la fois lexicales et thématiques) pour avancer dans l'analyse. L'outil informatique permet donc d'accompagner une démarche inductive.

Bien que ce type de logiciel soit généralement utilisé pour analyser un corpus numériquement important, j'ai considéré que les fonctionnalités offertes pouvaient tout aussi bien s'appliquer à un nombre d'entretiens plus limité.

J'ai choisi d'utiliser « Sonal » (version 2.1.41)²⁴. C'est un CAQDAS gratuit qui s'adresse prioritairement aux étudiant·e·s. Il a été conçu par le sociologue Alex Alber, maître de conférences à l'université de Tours. Je me suis peu à peu avec ce logiciel. L'utilisation de ses fonctionnalités demande, au préalable, d'avoir « encodé » l'ensemble des entretiens. Ce travail revient entièrement à l'utilisateur.

Le principe général repose sur le fait d'associer le texte à la bande sonore. Pour ce faire, on place dans le texte des points de synchronisation à intervalles réguliers. On aboutit ainsi à un matériel audio-textuel dit « synchronisé », en pouvant accéder simultanément au son et à sa transcription. Une fois ce travail réalisé, j'ai entrepris la thématisation des entretiens. Cela consiste à délimiter des extraits selon la thématique abordée par la personne interviewée²⁵. Chaque thème est associé à une couleur, laquelle est apposée directement sur le spectre graphique de l'entretien (figure ci-dessous). Cela permet une exploration non linéaire des textes, en visualisant toutes les parties du discours qui traitent du même sujet.

Graphique 3 : Représentation graphique d'un entretien encodé avec Sonal (exemple d'Aurélien)



Je présente en annexe 13 un aperçu global de la thématisation pour l'ensemble des entretiens.

24. <http://www.sonal-info.com/>

25. Notons que plusieurs thèmes peuvent être attribués au même extrait.

Par ailleurs, Sonal m'a été très utile pour l'analyse lexicale. J'ai utilisé à ce niveau la fonction de lemmatisation. C'est la seule opération qui peut s'exécuter de manière « automatique » (même s'il est toujours possible de revenir sur ce que propose le logiciel). Lemmatiser consiste à regrouper les mots selon leur racine commune. Cela s'applique notamment aux différentes formes d'un verbe conjugué. Les singuliers et les pluriels sont également rassemblés. Cette fonction permet de diminuer le nombre d'occurrences différentes dans la base lexicale. Par exemple, le lexique utilisé par les professionnel·le·s compte 5 870 mots au départ. Ce chiffre est ramené à 5 500 après lemmatisation²⁶. Même si la différence ne paraît pas énorme, le gain de temps est réel au moment de l'analyse.

Cette étude lexicale nous servira de support, dans les deux parties suivantes, lors de l'analyse des données. Pour l'heure, nous allons présenter l'analyse globale, dite « chronométrique », réalisée sur la base de la thématisation des entretiens.

2.3.3 Thématiques abordées au cours des entretiens

Pour décrire le contenu des échanges, j'ai donc élaboré deux grilles de thématiques (une pour les professionnel·le·s et une autre pour les usagers). Je me suis inspiré au départ des trames d'entretien, avant d'affiner les thèmes en fonction des sujets réellement abordés par mes interlocuteur·rice·s²⁷. Deux thèmes sont communs à toutes les personnes interviewées : le règlement intérieur et le projet d'établissement. Les autres thèmes sont spécifiques à chaque groupe d'acteur·rice·s. On dénombre, au total, douze thématiques pour les professionnel·le·s et dix pour les usagers (voir graphiques ci-après).

L'analyse chronométrique consiste à étudier les temps de parole consacrée aux différentes thématiques. Il s'agit de répondre à deux questions : qui parle de quoi ? Et pendant combien de temps ? Nous débutons ainsi l'étude des discours : première étape avant de rentrer dans l'analyse compréhensive, dans les deux parties suivantes, basée sur la relecture attentive des extraits. Pour l'instant, l'enjeu est moins de démontrer quelque chose que d'amener à des pistes d'analyse. Nous nous garderons donc d'interpréter trop rapidement les résultats obtenus.

26. Les questions et les relances sont exclues du décompte des mots, de même pour le paratexte.

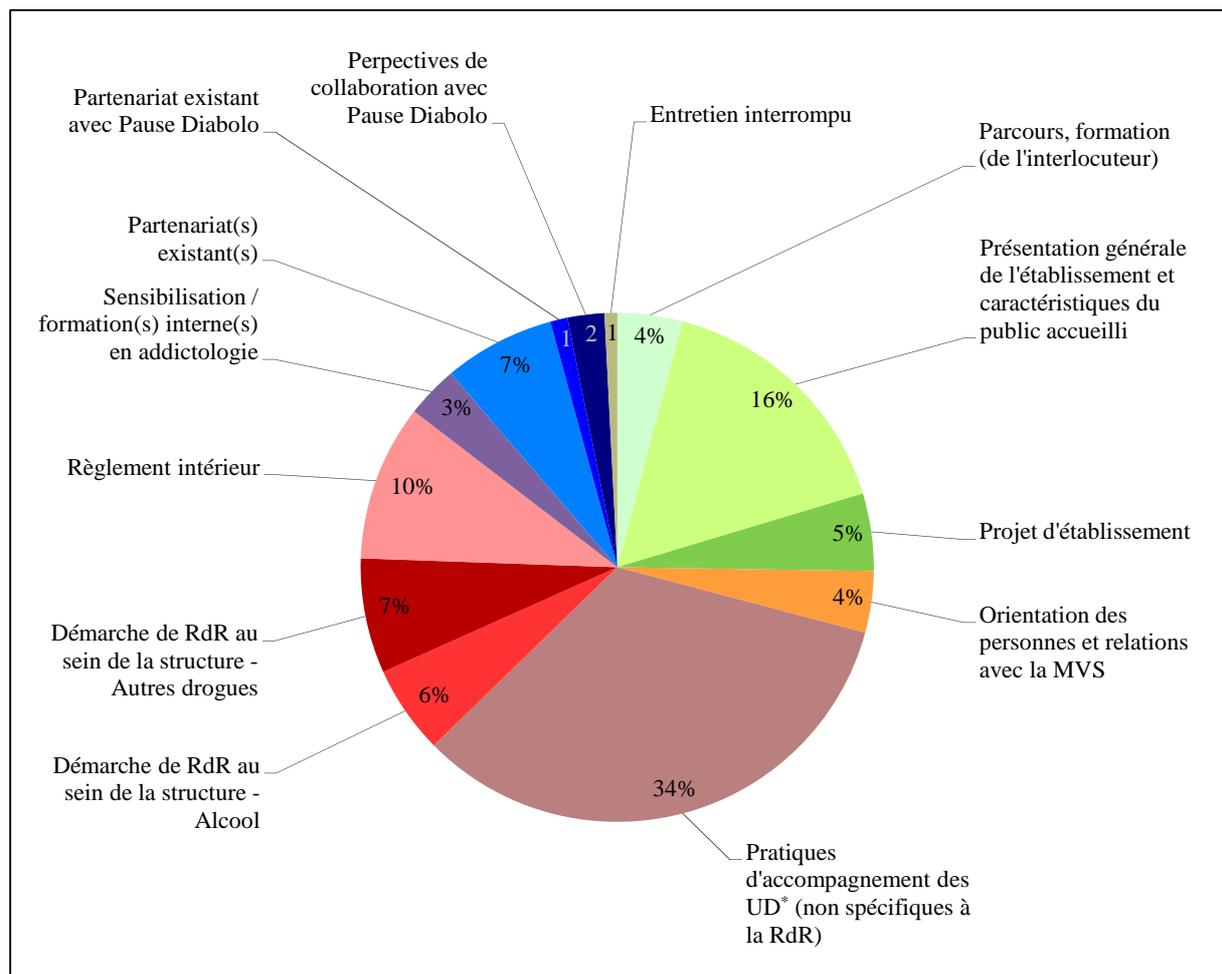
27. J'ai relu ainsi l'ensemble des transcriptions pour les annoter. Il a été plus facile pour moi de travailler sur une version papier des documents, avant de renseigner les informations dans Sonal.

La limite de l'exercice tient au rôle que j'ai joué pendant les entretiens, qui rappelons-le, étaient semi-directifs. Pour autant, je me suis détaché rapidement de mes guides d'entretien pour laisser place à la spontanéité des échanges. De plus, je me suis globalement efforcé de faciliter l'expression de mes interlocuteur·rice·s. J'ai notamment été vigilant à ce que mes relances, de par leur nature ou leur intensité, les influencent le moins possible. Je considère donc que cette analyse donne tout de même à voir la disposition des acteur·rice·s à s'exprimer, plus ou moins longuement, sur tel ou tel sujet.

- *Entretiens avec les professionnel·le·s : une timide ouverture sur la RdR.*

Tout d'abord, nous allons détailler les thématiques concernant les professionnel·le·s (responsables et professionnel·le·s de terrain). Celles-ci sont présentées dans le graphique ci-dessous.

Graphique 4.a : Répartition, en pourcentage, des thématiques abordées sur l'ensemble des entretiens avec les professionnel·le·s.



* Usagers de Drogues

► Les trois thématiques qui concernent l'accompagnement des usagers (en dégradé de rouges sur le graphique) représentent, à elles seules, 47 % des interventions. Presque trois fois sur quatre, les professionnel·le·s évoquent leurs pratiques d'accompagnement sans faire de lien avec la RdR. Il en est question uniquement dans le quart restant. Nous avons fait une distinction, à ce niveau, entre l'alcool et les autres produits psychoactifs. Lors de notre problématisation initiale, et durant notre enquête à la MVS²⁸, nous avons déjà indiqué que les professionnel·le·s parlaient avant tout des consommations d'alcool. On constate ici que ce produit concentre quasiment la moitié du temps de parole consacré à la RdR.

De plus, et toujours au niveau de la RdR, le « taux de relance » est différent entre l'alcool et les autres drogues. Ce taux correspond à la part relative des questions (et des relances éventuelles) dans la totalité des interventions sur un sujet donné. J'ai trié les thématiques, par ordre décroissant, en fonction de cette indication (tableau ci-dessous). Les pourcentages les plus élevés correspondent logiquement au partenariat, ou aux perspectives de collaboration, avec Pause Diabolo. La RdR en dehors de l'alcool arrive en troisième position. Quant à la RdR alcool, elle est située bien plus bas dans le classement.

Tableau 9 : Taux de relance relatifs aux différentes thématiques abordées par les professionnel·le·s

<i>Thématiques</i>	<i>Taux de relance</i>
Perspectives de collaboration avec Pause Diabolo	35,70%
Partenariat existant avec Pause Diabolo	20,30%
Démarche de RdR au sein de la structure - Autres drogues	18,30%
Pratiques d'accompagnement des UD (non spécifiques à la RdR)	16,50%
Sensibilisation / formation(s) interne(s) en addictologie	16,00%
Règlement intérieur	14,40%
Présentation générale de l'établissement et caractéristiques du public accueilli	14,00%
Démarche de RdR au sein de la structure - Alcool	13,10%
Orientation des personnes et relations avec la MVS	13,00%
Parcours, formation (de l'interlocuteur)	12,60%
Partenariat(s) existant(s)	11,00%
Projet d'établissement	10,80%
<i>Moyenne :</i>	16,31%

28. Voir chapitre 1.2 et 1.3.

Plusieurs explications viennent argumenter ce constat. De plus en plus souvent, la gestion de l'alcool fait l'objet d'une réflexion dans les établissements (comme c'est le cas à Riboud). Dès lors, et même si la RdR reste un sujet complexe, les professionnel·le·s s'expriment plutôt facilement sur ce point. En revanche, en dehors de l'alcool, les discours autour de la RdR sont beaucoup moins spontanés. Cela explique la part plus importante de mes interventions. Le plus souvent, j'ai dû inviter les professionnel·le·s à s'exprimer sur cette question. De plus, j'ai amené quelquefois des éléments explicatifs concernant la RdR, pour sensibiliser mes interlocuteur·rice·s, mais aussi pour susciter une réaction de leur part... On retrouve ici la logique de recherche-action dans laquelle je me suis inscrit.

D'une façon générale, et quel que soit le produit, la RdR reste une question délicate à aborder. Les discours sont souvent hésitants et marqués par des interrogations (lesquelles seront détaillées dans la partie suivante). Sur ce point, l'analyse de la vitesse d'élocution est significative²⁹. La RdR « alcool » et « autres drogues » sont les thématiques pour lesquelles les débits de paroles sont les moins rapides (respectivement 138 et 141 mots par minute), contre une moyenne de 150 mpm.

► J'ai ensuite cherché à savoir dans quel groupe d'acteur·rice·s, entre les responsables et les professionnel·le·s de terrain, se concentraient les interventions relatives à l'accompagnement. Pour ce faire, j'ai utilisé la fonction de *tri à plat* qui donne la composition du corpus en fonction de différentes variables. Par défaut, les thématiques sont considérées comme telles. J'ai créé deux variables supplémentaires : « CHRS » et « type d'acteur·rice·s ». Celles-ci agissent comme des filtres qui permettent d'affiner l'analyse. Il est possible d'étudier ainsi la répartition du temps de parole entre la·le responsable et les professionnel·le·s de terrain, par établissement, sur un sujet donné. L'analyse que nous avons effectuée en utilisant cette méthode concerne deux CHRS en particulier : Carteret et le CGR - 122³⁰. Je présente les résultats dans le tableau ci-dessous.

29. Cette analyse est rendue possible par le croisement des contenus sonores (durée) et textuels (nombre de mots).

30. Pour rappel, nous disposons de trois entretiens pour chacun de ces établissements (un avec la·le chef·fe de service, et deux avec des professionnelles de terrain).

Tableau 10 :
Répartition des temps de parole, par thématiques relatives à l'accompagnement, entre les responsables et les professionnelles de terrain (à Carteret et au CGR - 122).

	<i>Carteret</i>		<i>CGR - 122</i>	
	Responsable	Professionnelles* de terrain	Responsable	Professionnelles* de terrain
Pratiques d'accompagnement des UD (non spécifiques à la RdR)	56%	44%	49%	51%
RdR - Alcool	0%	100%	68%	32%
RdR - Autres drogues	16%	84%	63%	37%

* Les pourcentages de ces colonnes ont été calculés sur la base de la moyenne des temps de parole, par CHRS, des professionnelles de terrain.

Nous pouvons constater que les temps de parole, entre le responsable et les professionnelles de terrain, se répartissent différemment selon les thématiques et les établissements.

Commentons d'abord les résultats de Carteret. La caractéristique de ce CHRS est donc de prendre en compte la question des addictions. **Dans ce contexte, ce sont les professionnelles de terrain qui portent principalement le discours sur la RdR (et même en totalité concernant l'alcool).** La démarche de RdR, rendue possible par le projet d'établissement, relève ainsi de la pratique quotidienne. Elle présente un caractère concret et proche du terrain. Quant au responsable, il oriente ses propos sur les pratiques d'accompagnement en général.

Le cas du CGR - 122 est très différent. Toute consommation est interdite dans l'enceinte de l'établissement. En effet, le règlement intérieur précise que « *l'introduction d'armes, d'alcool et de stupéfiant est strictement interdite au sein du CENTRE GABRIEL ROSSET* ». Soulignons ici l'emploi de l'adverbe superlatif « strictement », donnant à l'interdiction un caractère absolu. Cette rigidité du règlement se justifie, d'après les professionnelles, au regard de la taille de la structure. Pour mémoire, cette dernière compte 193 places, contre trente-quatre à Carteret. En tout cas, on retrouve la question du tabou au sujet des consommations, entre les professionnelles (y compris la cheffe de service) et les passagers. À cela s'ajoute

une difficulté supplémentaire : les membres de l'équipe, même entre eux·elles, ne parlent pratiquement pas de ces questions. Les addictions ne font pas l'objet d'une réflexion particulière, que ce soit de manière informelle ou au niveau institutionnel. Dans ce contexte, étant donné qu'aucune action n'est réellement mise en place autour des consommations, les professionnelles que nous avons rencontrées ont du mal à s'approprier le discours sur la RdR. L'accompagnement des usagers est donc abordé, à leur niveau, de façon assez générale. L'enquête a plutôt été l'occasion d'interroger leurs pratiques. Ce fut notamment le cas pour Anna (agent d'accueil), chez laquelle j'ai ressenti une forme de gêne à la fin de l'entretien. Je lui ai demandé si elle avait quelque chose à rajouter, voici sa réponse :

A : Ben ça m'a un peu fait réfléchir aussi. Parce que du coup, quand je pensais à ces personnes qui s'alcoolisent tous les jours – et comme je t'ai expliqué que l'équipe est habituée et à la limite, on ne fait rien – ça m'a un peu... En fait, ben j'suis désolée qu'on fasse rien. Peut-être que l'on ne peut pas, mais c'est triste quand même.³¹

Stéphanie, en tant que responsable, affiche clairement son positionnement. Pour elle, la gestion des consommations au sein de l'établissement est une préoccupation, et la question des addictions doit être travaillée. L'approche de RdR lui semble pertinente, bien que potentiellement difficile à mettre en œuvre. Elle développe ces différents aspects au cours de l'entretien, nous y reviendrons dans la partie suivante. Retenons pour l'instant que c'est la cheffe de service, au CGR - 122, qui concentre les interventions sur la RdR.

► Comme nous l'avons indiqué précédemment, Sonal permet la juxtaposition de plusieurs thèmes pour un même extrait. Il est intéressant de remarquer que les trois thématiques concernant l'accompagnement des usagers sont très souvent associées à la question du règlement intérieur, avec toutefois une différence entre les pratiques d'accompagnement en général et les démarches de RdR (alcool et autres drogues). Au niveau de l'accompagnement au sens large, les professionnel·le·s l'associent directement au règlement dans 25 % des cas. Ce chiffre n'est que de 13 % en ce qui concerne la RdR. Ce constat, plutôt étonnant, est significatif. En effet, la plupart du temps, les professionnel·le·s rappellent les règles établies en évoquant les consommations en général. Lorsqu'il est question de RdR, en revanche, les aspects règlementaires sont moins présents. Sans doute parce que les professionnel·le·s parlent souvent de leurs pratiques, à ce niveau, en lien avec des situations précises.

31. Extrait de l'entretien du 30 mars 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 127).

Par ailleurs, ces thématiques sont également liées, dans une moindre mesure, à la question du partenariat. À ce niveau, la tendance s'inverse. L'accompagnement en général est rattaché à cette question dans 11 % des cas, contre 15 % lorsqu'il s'agit de RdR. Ces pourcentages sont relativement élevés, et témoignent du fait que les CHRS apprécient globalement de pouvoir s'appuyer sur des structures spécialisées en addictologie. L'exemple de Carteret en est l'illustration. J'ai eu un entretien avec Sabrina, la référente socioéducative, le 16 avril 2018. En marge de ce dernier, nous échangeons sur les modalités concrètes de notre partenariat. Je craignais que l'équipe de Pause Diabolo soit trop présente dans le CHRS, au regard du positionnement du responsable³². Sa réponse a été sans ambiguïté : « *Ah mais pas du tout, au contraire ! Si vous pouviez même venir passer une journée par semaine, ça serait un idéal quoi. C'est que du plus pour nous* »³³.

Sur le volet partenarial, cette enquête était aussi l'occasion d'ouvrir des perspectives de collaboration avec le CAARUD. Cette thématique représente 2 % des interventions. Suite à l'entretien que j'ai eu avec Estelle, la coordinatrice de la MVS, Pause Diabolo s'est notamment rapproché de cette structure. Nous avons proposé à l'équipe une sensibilisation à la RdR, le 19 septembre 2018. C'est la première fois qu'une intervention était organisée sur ce sujet. Par ailleurs, nous avons reçu à Pause Diabolo deux éducateurs de Riboud en février 2019. L'objectif était de réfléchir à un partenariat permettant une meilleure prise en compte des addictions au sein du CHRS (notamment pour les drogues en dehors de l'alcool). La même démarche a été organisée, en avril dernier, avec une partie de l'équipe du CGR - 122.

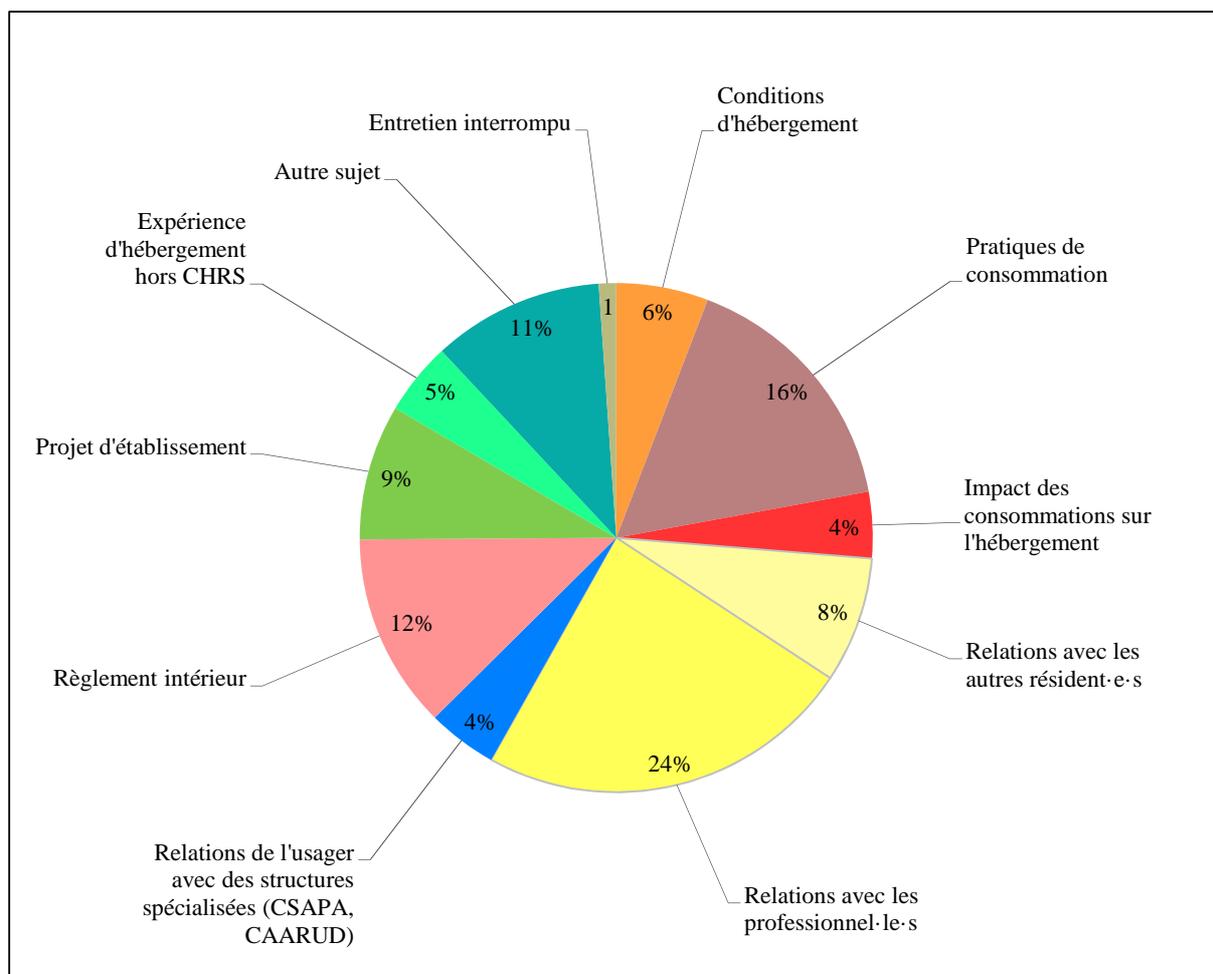
32. Voir chapitre 2.2 (section 2.2.1).

33. Extrait de mon journal de bord.

- *Entretiens avec les usagers : l'importance du relationnel.*

Détaillons à présent les thématiques abordées par les usagers. Le graphique ci-dessous permet de visualiser leur répartition.

Graphique 4.b : Répartition, en pourcentage, des thématiques abordées sur l'ensemble des entretiens avec les usagers.



► Pour les usagers, ce sont les aspects relationnels (en nuance de jaunes sur le graphique) qui ressortent en priorité. En effet, les deux thématiques considérées représentent 32 % des interventions. Dans les trois quart des cas, les usagers évoquent leurs relations avec les professionnel·le·s. Le quart restant concerne les relations qu'ils entretiennent avec les autres résident·e·s.

L'étude de la combinaison des différents thèmes permet d'entrevoir les sujets autour desquels les acteur·rice·s se rencontrent. La thématique des relations avec les professionnel·le·s est

associée, dans 25 % des cas, au règlement intérieur. On trouve également le sujet des pratiques de consommation à hauteur de 18 %, et enfin la question du projet d'établissement (11 %). Par ailleurs, les usagers rattachent principalement le thème des relations avec les autres résident·e·s aux pratiques de consommation (35 % des cas).

De façon plus générale, et proportionnellement à l'ensemble des thématiques, les usagers parlent beaucoup de leurs pratiques de consommation (et pas seulement en lien avec le volet relationnel). En effet, ce thème représente, à lui seul, 16 % du total des interventions. Par ailleurs, et contrairement à ce que notre constat initial laissait supposer, la question de l'impact des consommations sur l'hébergement est très peu abordée (à hauteur de 4 %).

► Le taux de relance est, en moyenne, légèrement supérieur pour les usagers (22,15 % contre 16,31 % chez les professionnel·le·s). Le pourcentage le plus élevé correspond au projet d'établissement (27,30 %). Cette fois-ci, ce n'est pas parce que les usagers ont eu du mal à s'exprimer à ce sujet. Au contraire, ils en ont parlé spontanément. Je les ai donc simplement incités à développer leur point de vue (sur lequel nous reviendrons dans la partie suivante).

Le projet d'établissement est l'un des deux thèmes, avec le règlement intérieur, qu'abordent à la fois les usagers et les professionnel·le·s. J'ai pu ainsi étudier la répartition du temps de parole consacré à cette question, à Carteret, entre le responsable, les professionnelles de terrain et les usagers (tableau ci-dessous)³⁴.

Tableau 11 : Répartition du temps de parole consacré au projet d'établissement entre le responsable, les professionnelles de terrain et les usagers (à Carteret).

	Carteret			
	Responsable	Professionnelles de terrain*	Usagers*	Total
Projet d'établissement	58%	8%	34%	100%

* Les pourcentages de ces colonnes ont été calculés sur la base de la moyenne des temps de parole pour chaque type d'acteurs.

34. Au sein de ce CHRS, j'ai pu en effet interviewer chaque type d'acteurs.

Si le responsable concentre la majorité des interventions au sujet du projet d'établissement, nous pouvons constater que les usagers s'emparent aussi largement de cette question. Par contre, ce n'est pas le cas des professionnelles de terrain (encore une fois, ces dernières ont plutôt tendance à se concentrer sur les aspects concrets de leur pratique).

Dans l'ensemble des entretiens, Francis est la personne qui parle le plus longtemps à ce sujet. C'est un usager de Pause Diabolo. Ce monsieur a vécu dans la rue, ou en squat, pendant de nombreuses années. En 2011, il a été hébergé durant dix-huit mois à la Maison de Rodolphe³⁵, avant d'accéder à un logement de droit commun. Il continue à venir très régulièrement à Pause Diabolo, même s'il ne consomme quasiment plus aucun produit. Ce parcours lui permet de porter un regard distancié, et plutôt critique, sur le fonctionnement des CHRS.

Par ailleurs, on trouve également un taux de relance élevé sur le thème des relations avec les structures spécialisées en addictologie (22,40 %). Les usagers sont discrets sur cette question, avec toutefois une différence en fonction du type de dispositif. Prenons le cas de Gaëtan, à Carteret. Il m'a dit plutôt librement qu'il se rendait au CAARUD *Ruptures*. Par contre, il s'est montré beaucoup plus réservé concernant son suivi en CSAPA. On retrouve cette tendance chez toutes les personnes interrogées.

► Notons enfin que les usagers, pour la plupart d'entre eux, ont aussi évoqué leur parcours d'hébergement en dehors des CHRS. Par ailleurs, ils ont fait un certain nombre de digressions. Il était important, selon moi, de les laisser s'exprimer librement, tout en ayant le souci qu'ils recentrent leurs propos sur l'objet de notre recherche.

Nous arrivons au terme de cette deuxième partie consacrée à la méthodologie, et aux premières pistes d'analyse. Je me suis rendu compte que mon terrain d'enquête regorge de *matériaux* de recherche, lesquels portent d'ailleurs bien leur nom... J'ai dû les sélectionner avec attention, en fonction de leur pertinence. J'ai voulu ensuite les recueillir avec une certaine « délicatesse », pour ne pas les dénaturer. Il convient alors de les traiter : reprendre chacun d'entre eux, les examiner de près, tester leur résistance. Nous retiendrons ceux qui semblent être suffisamment solides. Reste à les assembler, les ajuster, pour construire une trame argumentative. C'est ce que nous allons faire à présent.

35. La Maison de Rodolphe est un CHRS du FNDSA. Inauguré en 2011, cet établissement présente la particularité d'accueillir des hommes isolés avec leur(s) chien(s).

TROISIÈME PARTIE :

DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA RDR AUX RISQUES DE SA SOCIALISATION

Chapitre 3.1 Le phénomène des addictions dans les centres d'hébergement

Elephant, c'est ce qui se voit comme le nez au milieu de la figure, mais ce que tout le monde souhaiterait bien occulter.

Loison (2003) Entretien avec Gus Van Sant. *Cinéastes*, p. 19

Ce chapitre est construit sur la base de l'analyse des documents de cadrage des CHRS. Il convient donc de présenter le matériel dont nous disposons à ce niveau. J'ai pu finalement regrouper un total de vingt-quatre documents : sept projets d'établissement, cinq modèles de contrat de séjour, huit règlements de fonctionnement et quatre livrets d'accueil. Ces écrits concernent huit établissements différents¹ : quatre structures monobloc (parmi lesquelles Carteret et le CGR - 122), trois CHRS éclatés et un établissement qui propose les deux types d'hébergement.

Précisons enfin que quatorze documents comportent une date de rédaction initiale ou d'actualisation. Ces écrits datent ainsi, en moyenne, de trois ans et cinq mois².

3.1.1 Les professionnel·le·s face au « problème » des consommations

- *Un nombre de consommateur·rice·s difficile à estimer*

En démarrant l'enquête, j'ai d'abord souhaité savoir à combien les CHRS estimaient la proportion des résident·e·s concerné·e·s par les addictions. J'ai trouvé de premiers éléments de réponse dans les projets d'établissement³. En effet, ces derniers font principalement référence aux addictions en lien avec la description du public accueilli. La part des personnes « souffrant » d'addiction est alors estimée, selon les structures, entre un tiers et 80 % des résidents (pour Carteret, cette proportion atteint 90 %). Seul le CHRS Résidence ne parle pas

1. J'ai pu réunir l'ensemble des trois principaux documents (projet d'établissement, contrat de séjour et règlement intérieur) pour cinq d'entre eux : Carteret, Cité de Lyon, Francis Feydel, Liotard et Apus.

2. Pour ce type de calcul, j'ai retenu le 1^{er} juillet 2018 comme date de référence.

3. Six projets d'établissement sur sept comportent une date. Ils ont été rédigés, en moyenne, il y a quatre ans et un mois. Sachant que ce type de document doit être actualisé tous les cinq ans, nous pouvons considérer que les projets qui m'ont été transmis sont relativement récents.

des addictions en présentant le public auquel il s'adresse. Les consommations de produits psychoactifs concernent donc, d'après cette analyse documentaire, une part importante des résidents accueillis. Ce constat va dans le sens des données disponibles au niveau national⁴.

Par ailleurs, j'ai interrogé les professionnel·le·s dans le cadre des entretiens. Il est intéressant de remarquer que ces dernier·ère·s distinguent toujours, dans leur réponse, l'alcool des autres drogues. L'alcool est le produit le plus répandu dans pratiquement tous les CHRS, à l'exception de Francis Feydel où le cannabis ressort en priorité.

► Concernant l'alcool, les professionnel·le·s parviennent en général à estimer la proportion des consommateur·rice·s parmi les résident·e·s (allant de 50 à 90 %). Ces pourcentages restent toutefois approximatifs, d'autant que l'estimation peut varier considérablement, pour un même CHRS, entre le projet d'établissement et le discours des professionnel·le·s. C'est notamment le cas de Francis Feydel. D'après le projet de service, un tiers des personnes accueillies serait concerné par les addictions, alors que la responsable estime à 50 % la part des consommateur·rice·s d'alcool. Qui plus est, les professionnel·le·s d'une même structure peuvent avancer des chiffres très différents. Ainsi, au CGR - 122, l'estimation est de 50 % des résident·e·s pour la responsable et de 75 % pour l'infirmière. Quant à Anna, l'agent d'accueil, elle n'a pas souhaité se prononcer. En fait, cette « non-réponse » est très significative. Anna, en me demandant de préciser ma question, introduit une nuance importante. Elle s'intéresse en premier lieu au type d'usage, et évoque d'emblée les conséquences d'une consommation excessive d'alcool. Relisons l'extrait concerné⁵ :

O : D'accord. À combien estimes-tu le pourcentage de personnes qui consomment de l'alcool, par exemple (de manière approximative) ?

A : Mais qui consomment à quel point ?

O : Alors disons combien de personnes ont une consommation qui relève de la dépendance ?

A : Hum hum. Après, je ne sais pas si je peux oser juger ça. Ben je peux dire peut-être vingt personnes ou... Je sais pas si c'est vraiment une dépendance, mais ils boivent chaque jour par exemple. Il y a aussi des gens avec qui ça pose beaucoup de difficultés parce qu'ils dorment par terre. Du coup, il y a aussi des gens comme ça. Après, du coup, on les aide parce qu'ils sont allongés par terre. Et ça peut être dix fois par soir pour certaines personnes.

4. Nous les avons présentées au chapitre 1.2.

5. Entretien du 30 mars 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 117).

De façon générale, la visibilité de l'alcool dans les CHRS est un élément frappant. Nous avons notamment pu le constater à Carteret. Lors de l'entretien que nous avons eu ensemble, Karim (le responsable) pointe cette particularité :

K : Tout ce qui est autres drogues [hors alcool], on le voit moins en fait, on a moins accès j'trouve. Mais l'alcool, c'est plus visible, parce que j'pense que tout ce qui est shoot, tout ça : les gens se cachent à mon avis, encore. L'alcool non. Tu sais, l'alcool, c'est plus visible : les gens y boivent.⁶

En outre, une vignette, tirée de mon journal de bord, illustre l'omniprésence de l'alcool au sein de l'établissement. Je me suis rendu à Carteret, le matin du 10 avril 2018, pour rendre visite à Sandro (l'un des usagers présents au groupe de parole). Denis, un autre résident, se trouvait à l'entrée de la structure. Il m'a accueilli plutôt chaleureusement, une canette de bière à la main. « *Bonjour ! Je viens de Pause Diabolo* », lui dis-je. Ce à quoi il m'a répondu spontanément : « *Bonjour... Ben moi j'fais la pause bière !* ». Il m'a ensuite accompagné jusqu'au bungalow de Sandro. Je fus alors surpris de voir que plusieurs canettes de bière jonchaient l'allée principale. On les entendait rouler sur le sol en raison du vent qui soufflait ce jour-là. Ces canettes se sont retrouvées presque alignées devant nous (photo ci-dessous). Denis ne m'a pas paru étonné : « *Ah tu vois, j'suis pas le seul à boire [rire] ! Et en plus c'est pas la même marque que la mienne* », dit-il en plaisantant.

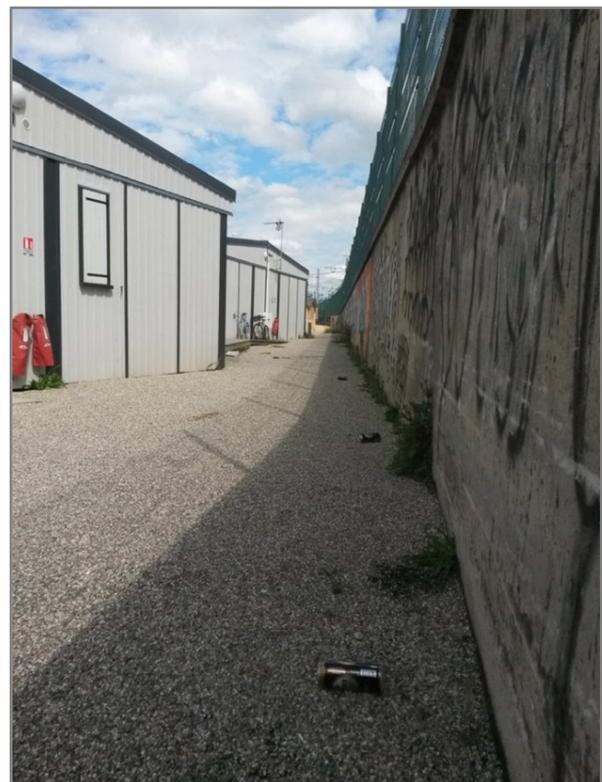


Photo 3 :
Allée principale d'accès aux bungalows
du CHRS Carteret, le 13 avril 2018.

6. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (*ibid.*, p. 9).

► S'agissant des autres drogues, seul·e·s certain·e·s responsables donnent une estimation de la part des consommateurs. Dans tous les cas, celle-ci est plus faible que pour l'alcool. Les pourcentages, selon les établissements, oscillent entre 17 et 40 % (en dehors du cannabis). Aucun·e professionnel·le de terrain ne se prononce. Plus généralement, chacun·e s'accorde à dire qu'il est difficile d'évaluer le nombre de personnes concernées. Car contrairement à l'alcool, les consommations passent presque inaperçues. Sur ce point, le constat de Stéphanie (du CGR - 122) va dans le même sens que celui de Karim :

S : On accueille des personnes qui potentiellement peuvent consommer sur place [d'autres produits que l'alcool], mais c'est beaucoup plus caché, beaucoup plus pudique comme... pratique, et c'est, ben comme la sexualité pourrait l'être (cachée et pudique).⁷

Pour autant, l'équipe sait pertinemment que certaines personnes consomment d'autres drogues, notamment par voie intraveineuse. Ce mode de prise est en effet susceptible de laisser des « traces » bien visibles... Concrètement, Stéphanie évoque la problématique des seringues retrouvées dans les faux plafonds des douches :

O : Est-ce que tu penses pour autant qu'il y a des consommations autres [en dehors de l'alcool] ?

S : Y a des consommations pour la simple et bonne raison que quand le service nettoyage va euh, euh... nettoyer les... les faux plafonds des douches : ben y retrouve, euh... y retrouve du matos. Donc dans les douches, y a des faux plafonds, et y récupère du matériel de shoot.⁷

En résumé, l'alcool est le produit le plus répandu, mais aussi le plus visible, au sein des établissements. Les professionnel·le·s peuvent notamment repérer aisément les conséquences d'une consommation excessive. Les autres drogues, au contraire, passent souvent inaperçues, si bien qu'il est difficile d'évaluer précisément le nombre de personnes concernées.

- *Alcool et médicaments, vs stupéfiants.*

Je suis revenu ensuite aux documents de cadrage des CHRS pour connaître les terminologies utilisées pour désigner l'objet de l'addiction. Allons-nous y retrouver cette prédominance de l'alcool ? Et quels sont les termes employés pour parler des autres drogues ? J'ai regroupé ces différentes terminologies dans le tableau ci-dessous.

7. Extrait de l'entretien du 22 novembre 2017 (*ibid.*, p. 97 puis 96).

Tableau 12 :
Terminologies utilisées pour parler de l’objet de l’addiction
dans l’ensemble des documents de cadrage des CHRS

Alcool (18) / Boisson alcoolisée (1)	19
Médicaments (7) / Médicaments psychotropes (1)	8
Drogue(s)	7
Stupéfiant(s) (6) / Produits stupéfiants (1)	7
Produits (<i>utilisé seul</i>)	3
Produits addictifs	2
Produits illicites	2
Produits psychoactifs	2
Produits psychotropes	2
Substances toxiques	2
Tabac	2

C’est bien le mot *alcool* (ou la formule *boisson alcoolisée*) qui revient le plus souvent, à dix-neuf reprises. Nous pouvons ensuite regrouper les catégories *drogue(s)*, (*produits stupéfiant(s)*) et *produits illicites* (sachant que le mot *drogue* renvoie généralement, dans le langage courant, au caractère illicite du produit). Ces différentes terminologies apparaissent seize fois au total. On trouve huit fois par ailleurs le terme *médicaments*, au pluriel (ou l’expression *médicaments psychotropes*). Les auteur·e·s parlent aussi de *produits* – sans distinction, ces derniers pouvant être qualifiés, à parts égales, d’*addictifs*, de *psychoactifs* ou de *psychotropes*. L’expression « substances toxiques » est enfin employée à la marge.

Cette analyse lexicale montre que les CHRS parlent avant tout d’alcool dans leurs écrits institutionnels⁸. Elle introduit, en outre, la question des médicaments. Comme nous l’avons abordé au chapitre 1.2, ce sont principalement ces deux produits, et les risques liés à leurs associations, qui font l’objet de préoccupations au sein des établissements. Plus généralement, les mélanges que font les usager·ère·s inquiètent la plupart des professionnel·le·s. Valérie, la responsable de Francis Feydel, dit notamment devoir prendre en compte les risques « élevés » auxquels s’exposent certains consommateur·rice·s... Par ailleurs, nous retiendrons que les autres substances psychoactives, mis à part le tabac, sont majoritairement désignées au regard de leur caractère illégal.

8. Plus loin dans cette troisième partie, nous ferons le même travail sur la base de l’ensemble des entretiens afin de pouvoir comparer les terminologies utilisées entre les professionnel·le·s et les usagers.

- *Dénomination et qualification du phénomène*

Je me suis enfin intéressé à la manière dont le phénomène de l’addiction était nommé par les professionnel·le·s, à la fois dans les écrits institutionnels et au cours des entretiens (tableau ci-dessous).

Dans l’ensemble des documents de cadrage, on trouve le terme d’*addiction(s)*, en tant que tel, à dix-huit reprises. Quant au mot *consommation(s)*, il apparaît quinze fois. Les auteur·e·s des documents parlent également six fois de *dépendance(s)*. Lorsque le phénomène est qualifié, il s’agit le plus souvent d’un « problème » ou d’une « problématique » (dans quasiment deux tiers des cas). Dans le tiers restant, il est assimilé à une « souffrance ». Le projet de l’Aplus évoque même un « trouble psychiatrique ». Celui du CGR - 122 estime, quant à lui, que la « (poly)toxicomanie [...] participe d’une certaine forme d’autodestruction ».

Durant les entretiens, on retrouve surtout les mots *addiction(s)* et *consommation(s)*⁹. C’est une manière de parler du phénomène en général. Nous pouvons d’ailleurs remarquer que le terme *dépendance(s)*, qui permet d’être plus précis en désignant le type d’usage, est très peu utilisé.

Tableau 13 : Qualification du phénomène de l’addiction par les professionnel·le·s des CHRS

		<i>Dénomination du phénomène</i>	<i>Avec qualification du phénomène</i>	
Documents de cadrage	« Addiction(s) »	18	Problème	4
			Problématique	1
			Souffrance	1
			Trouble psychiatrique	1
	« Consommation(s) »	15		
	« Dépendance(s) »	6	Problème	1
Problématique			1	
Souffrance			2	
Entretiens	« Addiction(s) »	208		
	« Consommation(s) »	111		
	« (Poly)toxicomanie »	17		
	« Dépendance(s) »	6		
	« Usage de drogues »	1		

9. Il était quasiment impossible d’étudier, au niveau des entretiens, la façon dont le phénomène était qualifié.

3.1.2 Entre interdiction et tolérance

Au fil de l'enquête, l'interdit est toujours présenté comme un préalable (à l'exception de Carteret) dès lors qu'il est question de produits psychoactifs. Cependant, cette notion se conjugue parfois avec l'idée de tolérance. J'ai continué mon analyse autour de ce couple en apparence contradictoire. Nous baserons une nouvelle fois notre étude sur les documents de cadrage des CHRS, pour s'intéresser ensuite aux discours des professionnel·le·s.

- *L'évolution des règles entourant les consommations*

J'ai commencé par faire une lecture transversale des principaux documents de cadrage (projet d'établissement, contrat de séjour et règlement intérieur), afin d'y repérer toutes les références à l'interdit et/ou à la tolérance. Pour Carteret et l'Apus, ce travail m'a permis d'analyser la cohérence entre les différents écrits d'un même centre d'hébergement.

► Soulignons d'abord que le projet d'établissement de Carteret se distingue clairement des autres. En effet, les mentions relatives aux addictions y sont nombreuses (vingt-deux au total, contre une moyenne de quatre références pour les autres établissements). Carteret se présente donc comme un CHRS à « haut seuil de tolérance » (expression utilisée à trois reprises), ayant « *la particularité de tolérer la consommation d'alcool et de substances* ». De façon assez paradoxale, c'est le seul établissement qui énonce à ce stade certains interdits. Il introduit la notion d'*abus* au sujet des consommations, qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres drogues.

► Au niveau des contrats de séjour, deux sur cinq précisent le cadre à respecter au niveau des consommations. Carteret renvoie à son règlement de fonctionnement qui précise « *les conditions de tolérance au regard de l'alcool et des autres substances addictives* ». Quant au CHRS Apus, il pose l'interdit concernant l'usage de produits psychoactifs – tout en apportant une nuance au niveau de l'alcool. En effet, c'est la consommation *abusive* d'alcool qui n'est pas autorisée.

► Concernant les règlements intérieurs¹⁰, l'interdiction relative aux consommations, tous produits confondus, revient dans l'ensemble des documents. Comme nous l'avons déjà remarqué, des adverbess superlatifs (formellement, strictement) viennent parfois renforcer

10. La date d'actualisation de cinq règlements de fonctionnement sur huit est précisée. Ils datent d'il y a deux ans et dix mois en moyenne, et sont donc plutôt récents.

cette interdiction. De plus, cinq règlements précisent qu'il est interdit de fumer dans les espaces collectifs, voire dans tout l'établissement pour le CGR - 122.

On retrouve les notions de *tolérance* et d'*abus* dans le règlement de Carteret. Par contre, la notion de consommation abusive d'alcool disparaît dans le règlement de l'Apus – au profit d'un interdit généralisé « *dans les locaux de l'association* ».

La Cité de Lyon m'a transmis deux règlements, une version datant de 2014 et une autre de 2017. La comparaison rendue possible entre les deux documents est intéressante. L'interdiction est généralisée en 2014 (qu'il s'agisse de tabac, de boissons alcoolisées ou de toutes autres « *substances toxiques* »). Une règle est énoncée en ce qui concerne l'usage de médicaments : « *toute consommation de médicaments hors prescriptions médicales sera considérée comme une consommation de "stupéfiants"* ». L'actualisation du règlement en 2017 donne lieu à trois modifications majeures. La règle qui autorise les résidents à fumer dans leur chambre devient explicite. Par ailleurs, la partie concernant les traitements médicamenteux est supprimée. Enfin, la notion d'*usage excessif* est introduite au sujet des consommations d'alcool.

Notons enfin que cette notion de *consommation excessive* en ce qui concerne l'alcool se retrouve également dans le règlement de Liotard.

- *Une tolérance vis-à-vis de l'alcool*

Une analyse lexicale menée sur ces différents écrits nous apporte des précisions intéressantes. Le mot *interdit(s)* (ou la notion de prohibition) est mentionné, en tant que tel, vingt et une fois. Il apparaît, au premier abord, que cette interdiction concerne plus souvent l'alcool que les drogues (hors tabac) – cités respectivement quatorze et onze fois. Même si les consommations d'alcool sont les plus courantes, ce constat peut sembler surprenant. Il demande bel et bien à être nuancé, si l'on considère le type d'usage concerné par l'interdiction (tableau ci-dessous). C'est l'usage *abusif* qui est interdit dans 28 % des cas, et **cette tolérance s'applique à l'alcool plus de deux fois sur trois**. Au final, l'interdiction totale des consommations concerne aussi bien l'alcool que les drogues. Notons enfin que l'interdiction s'applique exclusivement au tabac à cinq reprises.

Tableau 14 :
Produits et types d'usages concernés par l'interdiction

<i>Terminologies utilisées</i>				
« Interdit(s) »	20			
« Prohibé »	1			
<i>Produits concernés</i>		<i>Interdiction totale</i>	<i>Interdiction de l'abus</i>	<i>Total</i>
Alcool		9	5	14
Drogues		9	2	11
Tabac exclusivement		5		5

J'ai continué l'étude des qualificatifs attribués à l'usage, au-delà du seul contexte de l'interdiction (tableau ci-dessous). Je m'y suis particulièrement intéressé sachant que l'on doit à la RdR la distinction entre trois types d'usages : l'usage simple (pouvant être expérimental, occasionnel et/ou récréatif), l'abus ou usage nocif, et la dépendance. Dans les documents de cadrage des CHRS, les termes *excessif/excessive* ou *abus/abusive* apparaissent six fois au total. Ces qualificatifs concernent deux fois plus souvent l'alcool que les drogues, ce qui confirme le résultat précédent.

Tableau 15 :
Qualificatifs attribués à l'usage et produits concernés

<i>Qualificatifs attribués à l'usage</i>		<i>Produits concernés</i>	
« Excessif / excessive »	3	Alcool	6
« Abus / abusive »	3	Drogues	3

- *Le discours des professionnel-le-s, entre réflexion et action.*

J'ai effectué une nouvelle analyse lexicale, concernant cette fois-ci les entretiens avec les professionnel-le-s. Mon objectif premier était de repérer la « tendance discursive » globale entre les notions d'interdit et de tolérance. Pour ce faire, j'ai travaillé à partir de la base lexicale générée par Sonal. J'ai commencé par retenir les mots les plus fréquemment utilisés, en choisissant la fonction de tri par occurrences. J'ai classé ensuite les mots par ordre alphabétique pour ajouter à la forme principale toutes ses déclinaisons. L'ensemble constitue des « registres » de vocabulaire. Prenons un exemple. Le verbe *accepter*, à l'infinitif ou sous des formes conjuguées, apparaît trente fois. On retrouve également les mots *acceptable(s)*, *acceptation(s)* et *acceptabilité* (employés respectivement sept, trois et une fois). L'ensemble forme le registre de l'acceptation.

Une fenêtre d'exploration, dans Sonal, permet ensuite d'afficher toutes les phrases contenant les formes sélectionnées. J'ai pu ainsi exclure celles qui n'étaient pas utilisées en lien avec les addictions.

J'ai fini par identifier les registres appartenant d'une part au champ lexical de l'interdit, et d'autre part à celui de la tolérance. À ce stade, j'ai constaté que certains registres en lien avec l'interdit désignaient manifestement des modalités d'intervention. J'ai choisi de les regrouper dans un troisième champ lexical que j'ai nommé régulation, au sens de « régulation de contrôle »¹¹. Là où le vocabulaire de l'interdit désigne plutôt la règle en tant que telle, celui de la régulation renvoie ici au fait de la faire respecter. On trouve par exemple, dans ce dernier champ lexical, le registre de la surveillance.

Observons à présent les premiers résultats. Parmi les trois champs lexicaux, celui de l'interdit représente globalement 60 % du vocabulaire utilisé par les professionnel·le·s. On retrouve ensuite celui de la tolérance à hauteur de 31 %, et enfin celui de la régulation (9 %). Je détaille les terminologies utilisées dans l'annexe 15. Ces données nous confirment que les discours sont orientés du côté de l'interdit. Toutefois, il est intéressant de souligner que près d'un tiers du lexique renvoie à la notion de tolérance.

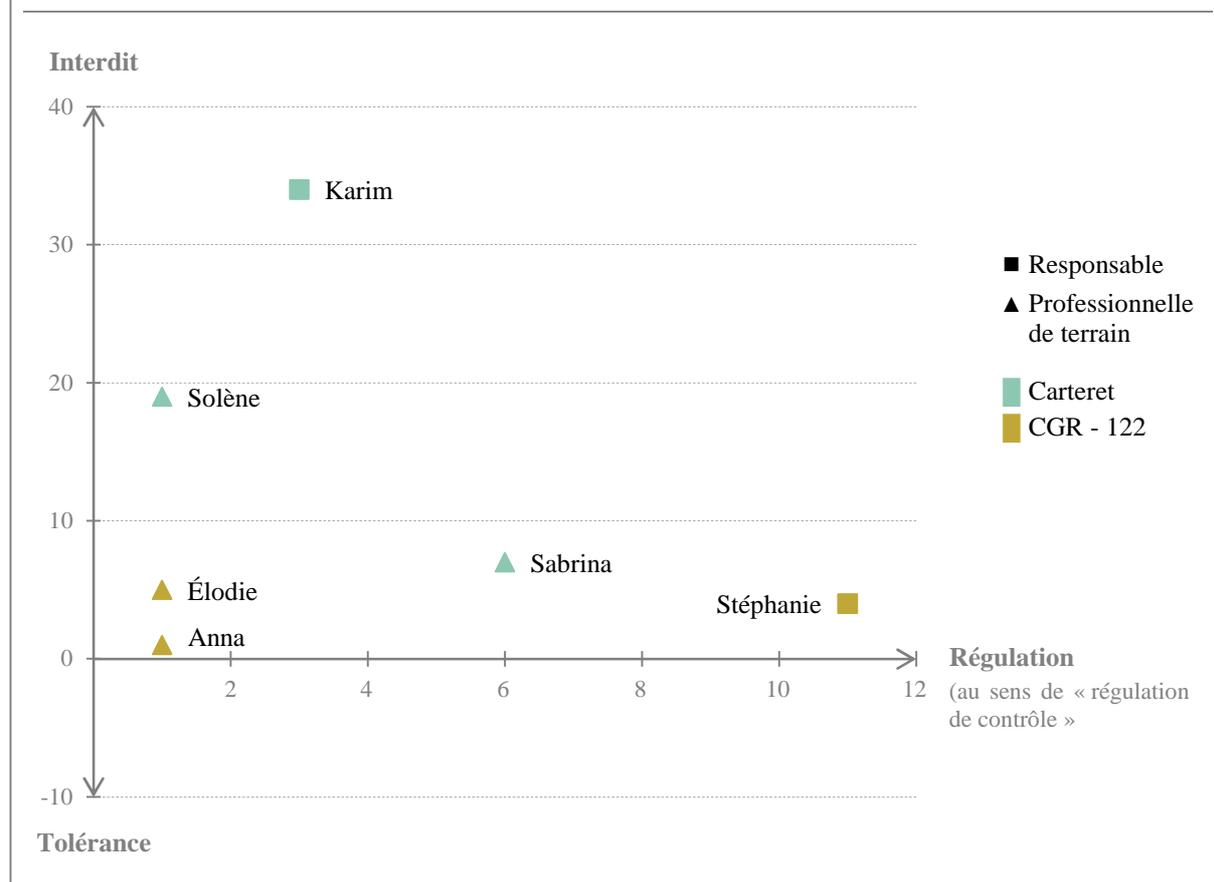
J'ai affiné ensuite cette analyse en étudiant le discours de chacun·e des professionnel·le·s pour Carteret et le CGR - 122. Ce travail met en évidence des « profils lexicaux » qu'il est possible de comparer. Le graphique ci-dessous permet de visualiser les résultats. Pour le réaliser, j'ai considéré l'interdit comme étant le strict opposé de la tolérance. Le chiffre zéro, en ordonnée, ne signifie pas que le locuteur ne parle ni d'interdit ni de tolérance, mais seulement qu'aucune tendance ne se dégage entre les deux.

À ce stade, notre étude lexicale peut laisser place à plusieurs interprétations possibles. En effet, l'apparition du mot *règle(s)*, par exemple, ne dit rien sur l'intention du locuteur. S'agit-il de l'appliquer de façon stricte, ou au contraire de l'adapter voire de la contourner ? Si le recours à un certain type de vocabulaire donne une indication significative, celle-ci n'est donc pas suffisante. Au final, l'interprétation des données ne peut s'effectuer qu'en situation, c'est-à-dire en resituant le mot dans la phrase. Il s'agit de prendre en compte le contexte d'énon-

11. En référence à la notion utilisée par Jean-Daniel Reynaud.

ciation ou, pour le dire autrement, de passer « du texte au contexte »... C'est ce que nous allons faire en commentant les résultats.

Graphique 5 :
Analyse lexicale : interdit, tolérance, « régulation » (comparatif du vocabulaire utilisé entre les différent·e·s professionnel·le·s de Carteret et du CGR - 122)



Nous pouvons constater que la répartition entre les champs lexicaux est sensiblement différente selon les professionnel·le·s et les CHRS.

► Les aspects liés à la régulation, telle que nous l'avons définie, sont relativement peu présents dans les discours des professionnel·le·s de Carteret (à l'exception de Sabrina). Le vocabulaire utilisé gravite donc principalement autour des notions d'interdit et de tolérance, et s'oriente en définitive du côté de l'interdit. C'est particulièrement le cas pour le responsable. Ce constat peut paraître surprenant. Il traduit en réalité deux éléments majeurs permettant de comprendre la façon dont Carteret parvient à se saisir de la RdR. D'une part, l'interdit fait l'objet d'une réflexion importante chez les professionnel·le·s. En effet, le fait d'inclure la RdR dans les pratiques d'accompagnement demande forcément d'avoir interrogé le cadre

légal existant. D'autre part, cette mise en œuvre ne signifie pas l'absence de règles, mais implique de savoir les adapter. Cette adaptation s'opère à la fois dans le temps et en fonction des situations.

Dans le contexte de Carteret, les règles présentent plusieurs caractéristiques. Tout d'abord, elles font l'objet de concertations entre les professionnel·le·s et les résident·e·s. Ces dernier·ère·s sont notamment associé·e·s à l'élaboration du règlement intérieur. Par ailleurs, un autre élément revient systématiquement dans les entretiens. Il concerne les divergences dont les règles font l'objet entre les membres de l'équipe. En effet, les professionnel·le·s ne sont pas tous d'accord entre eux·elles sur le cadre proposé. Une règle interdit notamment les consommations à plusieurs et/ou dans les espaces collectifs. C'est celle qui suscite le plus de débats. Sabrina, par exemple, exprime clairement son désaccord :

Sa : Aujourd'hui, les personnes peuvent consommer seulement dans les espaces privatifs : donc seulement dans leur chambre, et de façon individuelle. Ce qui n'était pas du tout le cas. Donc euh... [...] y a une grosse réflexion qui se fait là-dessus parce que ça nous convient pas... PAS, ce truc. Parce qu'en tous cas, pour moi, j'trouve que c'est très stigmatisant de dire que c'est individuel. Ça renvoie un peu à un sentiment de honte : « Tu consommes, donc en plus fait le... mais fait le de façon cachée et tout seul quoi. Tu partages pas ça ».¹²

Solène, sa collègue, est plus partagée. Elle évoque ses questionnements :

So : On est en train de repenser justement [la règle en question] parce que... parce que c'qu'on met en place, ça... ça marche pas spécialement donc euh... Est-ce qu'y a un intérêt à ce qui puissent boire ensemble ? Est-ce... est-ce que, finalement, c'est mieux qui boivent seuls parce qu'y s'engrangent pas ? Ou est-ce que parce qu'y sont seuls, y boivent super vite, et c'est moins bien ?¹³

Un autre sujet fait débat dans l'établissement. Il concerne l'autorisation de consommer à l'intérieur du véhicule de service, lors des accompagnements extérieurs ou des sorties. Cet aspect peut sembler anodin, mais engendre en réalité beaucoup d'interrogations. Sabrina en témoigne :

Sa : Quand tu accompagnes quelqu'un en rendez-vous, est-ce que... alors plusieurs choses : est-ce qu'y peut boire dans la voiture ? Parce qu'on a certaines personnes, tu le vois comme moi hein, qui ont toujours la canette à la main, et que c'est très compliqué de s'en détacher. Donc est-ce qui peut la mettre dans la voiture ? Ne serait-ce que ça, on parle même pas de la boire. Est-ce qui peut la rentrer dans la voiture ? Après se pose la question de : est-ce qui peut la boire dans la voiture ? Et après s'pose encore la question de : si jamais y veut s'arrêter à l'épicerie, est-ce que tu le fais ou pas ? Mais rien que ça, déjà on n'aura pas les mêmes regards.¹²

12. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 27 et 29).

13. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (*ibid.*, p. 45).

Par ailleurs, Sabrina soulève une question importante : « *Le règlement y dit que les consommations sont tolérées, mais sauf l'abus. Qu'est-ce qu'on entend par abus ?* »¹⁴. Cette notion est effectivement toute relative. De ce fait, les professionnel-le-s auront tendance à évaluer différemment une même situation. Il est difficile, sur cette base, de construire des pratiques communes. Karim pointe cette difficulté :

K : Par exemple l'alcool, ben les limites de chacun, euh... pour certains, ben y faut qu'y tombe par terre pour qu'y déclare qu'il est alcoolisé. Et d'autres, dès qu'y commence à bégayer : il est alcoolisé, tu vois. Mais y a un écart monstre, du coup, dans la prise en charge.¹⁵

De plus, et même lorsque les professionnel-le-s sont unanimes sur la nécessité d'intervenir, ils ne sont pas tous d'accord sur la manière de le faire. Solène prend l'exemple d'un résident qui rentre au CHRS en étant très fortement alcoolisé :

So : On a une personne qui rentre et qui est vraiment, vraiment bourrée... qui rentre avec les pompiers par exemple. Si elle rentre et qu'elle a un sac de bière, on va le prendre et on lui : « J'te l'rendrais quand t'iras mieux. Parce que là, pour l'instant, si tu prends ça en plus, ça va pas l'faire ». Et entre nous, au sein de l'équipe, on a des personnes qui disent : tu confisques, tu jettes ; et d'autres qui disent : ben non, parce qu'ils l'ont quand même payé, donc moi ça m'embête de jeter. Voilà.¹⁶

► Les champs lexicaux se répartissent très différemment pour les professionnelles du CGR - 122. Le projet d'établissement de ce CHRS ne comporte aucun volet sur la RdR liés aux consommations de drogues. Contrairement à Carteret, l'interdiction est établie et ne fait pas l'objet d'une réflexion particulière au sein de l'équipe. Dans ce contexte, et pour les trois professionnelles interviewées, le vocabulaire utilisé ne penche ni du côté de l'interdit, ni du côté de la tolérance.

Nous pouvons voir que le discours de la responsable se démarque des autres. Il tourne beaucoup autour de la régulation. Pour autant, cela ne traduit pas son propre positionnement. Stéphanie revient en fait sur les pratiques ayant eu cours dans l'établissement, ces dernières visant une application stricte du règlement intérieur :

St : Alors quand je suis arrivée, l'équipe est très en difficulté avec ça parce que y a plusieurs ères. Et les ères un peu dictatorial autour de l'interdiction et du coup, y a aussi toute une période où il fallait fouiller les personnes à l'entrée. Y a eu toute une période où il fallait vider l'alcool devant la personne dans un lavabo. Euh... Alors là, ils en sont à la confiscation. Ils fouillent quand y a des doutes, euh... y réprimandent un peu. Bon on a des gens qui sont très [*hésitation*]... très dans

14. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 29).

15. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (*ibid.*, p. 21).

16. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (*ibid.*, p. 45).

l'errance, etc. et qui peuvent voilà... gentiment vider leur petite canette ou leur petite bouteille de bière ou je ne sais trop quoi. Y vont la récupérer et puis voilà, ça va être un peu l'approche la plus bienveillante de ce qui y a pu avoir dans le passé [...]. Et j'ai vu aussi des gens que l'on accompagnait sur le trottoir avec leur bouteille de whisky et qu'on disait : « Non, mais c'est ici que ça se passe c'est pas à l'intérieur quoi » [silence].¹⁷

Stéphanie aimerait aujourd'hui « *faire bouger les choses* »¹⁷, tout en expliquant qu'il est difficile d'y parvenir. Si bien que dans les faits, les pratiques n'ont pas beaucoup évolué. La responsable situe les principaux freins du côté de l'équipe. Les professionnel-le-s, dans leur ensemble, estiment que les addictions sont du giron du sanitaire et doivent être prises en charge à l'infirmerie. Dans ce contexte, et sachant que l'interdiction perdure, il est difficile pour l'infirmière de se positionner. Élodie doit en effet concilier son rôle de soignante avec le règlement en vigueur. Je lui ai notamment demandé quelle serait sa réaction si elle voyait un passager en train de pratiquer une injection. Voici sa réponse :

E : Euh... si je surprends quelqu'un à le faire, ben forcément y a un règlement. Donc moi déjà, la première des choses, ça va pas être d'aller prévenir les collègues tout de suite : « Il faut le mettre dehors, il a transgressé le règlement », non. Forcément à un moment donné, je vais être obligée d'en parler et il va y avoir une sanction, parce que le règlement n'a pas été respecté. Mais ma première des démarches, ça va être plutôt déjà d'établir un lien avec lui quoi. Et puis de le prendre en entretien au calme, en tête-à-tête, et puis de lui dire que ben... ce qu'il vient de faire, y a des manières de le faire : d'ouvrir la porte complètement aux soins. Et puis ensuite de lui dire qu'ici, par contre, c'est pas gérable.¹⁸

On retrouve donc de plus en plus, au sein des CHRS, l'idée de tolérance à l'égard des consommations (à la fois au niveau des documents de cadrage et dans le discours des professionnel-le-s). Aussi voit-on apparaître une distinction entre plusieurs types d'usage. Les professionnel-le-s peuvent en effet qualifier une consommation d'excessive et/ou d'abusives. Cependant, ces nuances s'appliquent exclusivement à l'alcool dans la plupart des cas.

En parallèle, l'interdit reste très présent dans les établissements (et donc notamment concernant les drogues en dehors de l'alcool). Ce dernier peut être maintenu, comme au CGR - 122, ce qui laisse peu de place à la démarche de RdR. Souvent, les professionnel-le-s qui souhaitent s'en saisir se trouvent alors en difficulté de positionnement. L'interdit peut aussi être levé, comme à Carteret, mais il reste un objet de réflexion permanente. La démarche de RdR, ainsi rendue possible, implique en effet un cadre souple qui demande régulièrement d'être réinterrogé.

17. Extrait de l'entretien du 22 novembre 2017 (*ibid.*, p. 96). Notons que Stéphanie est arrivée au CGR - 122 en janvier 2017.

18. Extrait de l'entretien du 19 mars 2018 (*ibid.*, p. 108).

Chapitre 3.2 La RdR : un changement de paradigme ?

Sur la base de mes premiers résultats d'enquête, je vais maintenant procéder à une reprise sociohistorique de mon objet de recherche. Il est en effet nécessaire, à ce stade de l'analyse, de revenir sur le contexte d'émergence de la RdR¹⁹. Cette approche généalogique va nous permettre d'éclairer les observations que nous avons déjà faites, et nous invite surtout à poursuivre notre étude en ayant un regard plus « informé ». Il ne s'agit pas de considérer que les acteur·rice·s sont entièrement déterminé·e·s dans leurs actions et leurs jugements, mais simplement qu'il·elle·s font face à des contraintes dont ils héritent (Barthe et al., 2013, p. 182). Nous considèrerons en effet que « *le passé ne se répète pas dans le présent, mais le présent joue, et invente, à partir du legs du passé* » (Castel, 1994, p. 238).

Dans une perspective analytique, nous placerons ces éléments de contexte en regard des travaux de Bastien Quirion²⁰. Ses recherches permettent de saisir les logiques qui sont à l'œuvre dans les nouvelles stratégies de régulation des pratiques psychotropes (dont la RdR fait évidemment partie). Armés de nouvelles pistes de compréhension, nous reviendrons à l'analyse de nos données en soulignant la connotation morale qui semble toujours être associée à l'usage de drogues.

3.2.1 Remise en contexte de l'émergence de la RdR en France

L'ouverture des « boutiques » de RdR²¹ a d'abord été pensée pour répondre aux besoins des usager·ère·s de drogues les plus marginalisé·e·s, se trouvant souvent exclus des dispositifs sanitaires et sociaux. Outre la délivrance gratuite du matériel d'injection, ces structures offraient par ailleurs des services de premières nécessités (collation, douches, machines à laver). La mise en place de la politique de RdR répond à un mécanisme de politisation, entendu par Jean-Yves Trépos comme « *un processus d'équipement de la société civile en dispositifs d'expression réglée des pratiques sociales [...] permettant à des situations jusqu'alors muettes de trouver une formulation* » (*op. cit.*, p. 98-99). Il en va de même des nombreuses expérimentations sociales qui ont été engagées dans d'autres secteurs

19. J'ai retenu ici les principaux éléments de contexte venant soutenir notre analyse. Le lecteur intéressé trouvera par ailleurs, en annexe 16, un historique détaillé de la prise en charge des usagers de drogues en France.

20. Sociologue et professeur agrégé en criminologie à la faculté des sciences sociales de l'université d'Ottawa, au Canada. Il est spécialisé en sociologie du risque.

21. Le décret n°95-255 du 7 mars 1995 autorise les associations à délivrer gratuitement du matériel d'injection aux usagers de drogues. Pour rappel, Pause Diabolo a ouvert en 1996.

(relatifs à la médiation sociale, au travail de rue, etc.), depuis la fin des années 1970. Celles-ci se sont généralement développées dans des conjonctures de bouleversement des problématiques sanitaires et sociales. « *L'enjeu est [toujours] de rétablir des liens d'inclusion avec des publics distants des institutions et des dispositifs, qui n'accèdent pas aux aides qui leur sont destinées* » (Maillard, *op. cit.*, p. 35).

Les mesures de RdR ont été prises dans un contexte d'urgence, marqué par l'épidémie de sida, et dérogeaient ainsi aux cadres ordinaires. Depuis la loi de 1970 (*op. cit.*), la prise en charge des personnes toxicomanes était conditionnée à une volonté de sevrage de leur part. Or, les associations de RdR étaient susceptibles d'accueillir les personnes qui ne pouvaient pas, ou ne voulaient pas, entamer une démarche classique de soins. Nombreux sont ceux qui y voient un changement fondamental de paradigme qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues (Bergeron, 1999). Nous pouvions ainsi passer d'un modèle centré sur l'abstinence au principe de mesure, permettant de réduire les risques liés aux consommations. Il s'agissait, pour Alain Ehrenberg, d'apprendre à « *“vivre avec” les drogues* » (1996, p. 15).

Cette époque est aussi marquée par une autre réalité, celle d'une société en crise économique où le chômage augmente considérablement. L'apparition d'une « nouvelle pauvreté » dans les années 1980 amène à l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion (RMI)²². La paupérisation des usagers de drogues s'accroît dans ce contexte. « *Aux utopies de la route succède la dureté du chômage* », commente François Hervé²³ (2001, p. 8).

Le développement de l'épidémie de sida parmi les usager·ère·s, et l'accroissement de leur exclusion sociale, ont donc fait ressortir « *les aspects sociaux et médicaux des toxicomanies* » (Morel, 2000, p. 45). Toutefois, la préoccupation majeure des pouvoirs publics concernait avant tout la population générale – les personnes toxicomanes étant notamment susceptibles de contaminer leurs partenaires sexuels. Ce groupe cible sera considéré comme étant un véritable « réservoir de virus » (Appel, Lachambre, 2013, 19:06)²⁴. Les risques sanitaires liés à la toxicomanie furent le premier facteur de publicisation²⁵ du « problème » que représentait

22. Loi n°88-1088 du 1er décembre 1988.

23. Psychologue clinicien, diplômé en psychologie sociale.

24. Il s'agit d'un film documentaire. J'indique là où se trouve le passage concerné au format *mm:ss*.

25. « *La publicisation c'est la reconnaissance d'une situation comme problématique par rapport à un état plus désirable et cette reconnaissance passe par la communication et ses effets* » (Gerstlé, Encyclopædia Universalis, p. 4).

dès lors la santé des usager·ère·s de drogues. José Haro explique l'évolution de la place des personnes toxicomanes dans la société française :

« [...] dès lors que l'épidémie de sida est apparue comme le fait de groupes à risques clairement identifiables, les "toxicomanes" ont pris une dimension sanitaire inattendue. Les nécessités de contrôle de l'épidémie de sida, et plus récemment de l'hépatite C, ont mis au centre de la régulation de ces menaces biologiques les usagers de drogues illicites placés jusque-là à la marge de notre société » (Haro, *op.cit.*, p. 6)

3.2.2 Le concept d'internormativité

- *Entre la logique restrictionniste et la logique gestionnaire*

Il faut insister sur le fait que la mise en place de la RdR n'a entraîné aucune modification dans la loi de 1970 (*op. cit.*). Précisons que cette dernière vise à la fois la réduction de l'offre et de la demande²⁶. Bastien Quirion précise en effet que ce modèle de régulation s'est constitué « à la frontière entre deux ordres normatifs que sont le pénal et le thérapeutique », et répond à une logique *restrictionniste* (2002, p. 490). Avec l'émergence de la RdR²⁷ dans les années 1990, on a vu apparaître de nouvelles stratégies d'intervention. Or celles-ci auraient tendance à s'inscrire, au fur et à mesure de leur institutionnalisation, dans une logique *gestionnaire*. Il s'avère que ces deux types de logique coexistent désormais dans le champ de la régulation des conduites addictives. Quirion estime même qu'elles « se côtoient et s'interpénètrent » de façon continue (*ibid.*). Il saisit la nature de ces interactions à partir du concept d'internormativité, emprunté à la sociologie du droit. Ce phénomène explique en partie l'ambivalence dont témoignent les professionnel·le·s des CHRS entre l'interdit et la tolérance.

- *La logique gestionnaire : entre « réduction » et « gestion » des risques.*

Quirion propose ensuite une analyse plus précise de la logique gestionnaire. Cette dernière comporte en fait deux registres d'intervention : la RdR, telle qu'elle a été pensée au départ, et la démarche de *gestion des risques*.

26. La lutte contre l'offre se traduit par des mesures de prohibition, et la réduction de la demande passe par la promotion de l'abstinence au plan clinique. En France, en 2016, l'OEDT estime que 48 % des dépenses publiques liées aux drogues illicites concernaient la réduction de l'offre et 51 % la réduction de la demande. Le pourcentage restant était relatif à la coordination et à la recherche (OEDT - OFDT, 2018, p. 3).

27. Dans ses travaux, Quirion parle de Réduction des Méfaits (RdM). Bien que les appellations diffèrent d'un pays à l'autre (RdM au Canada vs RdR en France), les stratégies adoptées sont de même nature. Je considère donc que l'essentiel de ses analyses peut être transposé au contexte européen, et en l'occurrence à la France.

Généralement, la RdR est considérée comme relevant d'une philosophie d'intervention guidée par le pragmatisme et l'humanisme. Il s'agit en effet de « *s'adapter aux réalités locales de la pratique psychotrope* » (*ibid.*, p. 487), en cherchant à être au plus près des préoccupations des personnes concernées. Dans cette perspective, il convient d'apporter des réponses à des besoins d'ordre individuel. Mais nous assistons au déplacement progressif des finalités de ce type de programme. L'attention des pouvoirs publics se focalise sur la menace que certaines pratiques psychotropes constituent pour l'ensemble de la société. Les méfaits ne s'envisagent plus au niveau individuel, mais se mesurent désormais à une échelle collective. Dès lors, la priorité devient la neutralisation des risques inhérents aux conduites de certaines populations. L'objet du contrôle social se déplace ainsi des individus vers des groupes considérés comme porteurs de probables méfaits, selon une logique actuarielle²⁸. Notons que cette lecture rejoint, en tout point, celle de José Haro.

Quirion insiste sur le fait qu'il ne faudrait pas voir, dans ce glissement, une récupération unidirectionnelle des stratégies de RdR par la gestion des risques. En effet, les frontières restent poreuses entre ces deux registres de régulation. On retrouve d'ailleurs, à ce niveau, le principe d'internormativité²⁹.

- *La résurgence de la morale*

Il est intéressant de remarquer que l'approche morale est différente selon la logique restrictionniste ou la logique gestionnaire (du moins lorsque celle-ci tend du côté de la gestion des risques). Alors que le modèle traditionnel confère à l'usage de drogues un caractère immoral et pathologique, la RdR cherche, au contraire, à lutter contre la stigmatisation des usager·ère·s. Or, la gestion des risques entraîne une catégorisation par populations « à risques », laquelle comporte un danger de stigmatisation pour les individus qui s'y trouvent assimilés. L'usage de drogues retrouve à cet égard une forte connotation morale. Les méfaits qui en découlent sont d'autant plus décriés que cette pratique présuppose, chez la·le consommateur·rice, une connaissance préalable des risques encourus. Aujourd'hui, la morale n'a donc pas la même signification pour tou·te·s les acteur·rice·s. Tout dépend du type de logique dans laquelle chacun·e inscrit son raisonnement. C'est ce que nous allons constater en poursuivant l'analyse des données.

28. Se référant aux méthodes statistiques et aux calculs de probabilités.

29. Je récapitule, en annexe 17, les différents modèles de régulation de la pratique psychotrope.

3.2.3 La morale et ses déclinaisons

La morale est la faiblesse de la cervelle

Rimbaud (1999) *Une saison en enfer*, p. 197

- *La morale dogmatique*

► Au CGR - 122, les professionnelles mentionnent explicitement, dans leur discours, les aspects moraux associés aux consommations. Durant notre entretien, la responsable précise notamment la composition de l'équipe en soulignant les différences de conception vis-à-vis de l'alcool :

St : J'ai une équipe qui est relativement mixte. Euh, tant hommes / femmes, vieux / jeunes, euh... toutes confessions, euh, différentes. Toutes visions et expériences de l'alcool très différentes [...]. La question de l'alcool c'est quand même quelque chose de très personnel : en fonction de qui on est, de son vécu, de sa religion, euh, de son rapport à l'alcool nous-mêmes, euh, et c'est inscrit dans une société française qui est assez permissive. Et tout ce mélange-là, fait que tout le monde parle de sa p'tite euh... maison [...]. Ça divise beaucoup. Pour certains, l'alcool, c'est le diable.³⁰

Stéphanie explique que l'alcool peut même susciter des débats « enflammés » entre les professionnel·le·s de terrain. Elle cite en exemple des commentaires entendus en réunion : « *C'est pas bien, c'est le diable. – Oui mais bon ces personnes sont malades, des malades alcooliques...* »³⁰.

Ici, la morale relève manifestement de la « moraline » dont parle Patrick Declerck dans ses ouvrages – en référence à Nietzsche. Edgar Morin propose une définition très précise de ce terme. Il explique que « *la moraline juge et condamne en vertu de critères extérieurs ou superficiels de moralité, la moraline s'approprie le Bien et transforme en opposition entre bien et mal ce qui est en réalité un conflit de valeurs* » (2004, p. 120). La moraline désigne ainsi une morale ascétique à la fois subjective et culpabilisante, qui trouve ses fondements dans les religions monothéistes. On retrouve très clairement ces différents aspects dans le discours d'Élodie, lorsqu'elle revient sur l'enseignement d'addictologie qui lui a été proposé à l'école d'infirmier·ère :

E : Alors moi, quand – à l'école – on m'a présenté les dix étapes du sevrage, j'ai trouvé ça tellement ridicule que...

O : Les dix étapes du sevrage ?

30. Extrait de l'entretien du 22 novembre 2017 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 93 et 97).

E : Pff... alors je saurais pas te les redire, mais y avait l'acceptation, aller dans la démarche ; et dans les dernières étapes, c'était s'excuser auprès de ceux à qui on a fait du mal. Ah c'était quelque chose de très très archaïque hein, tu vois. Je suis sortie de l'école en 2008, donc on va dire 2006 / 2007 : j'ai dû avoir cette formation-là, c'était en milieu de cursus. Et oui oui, y avait le côté rédemption quoi – très judéo-chrétien. J'avais pas du tout du tout accroché. C'est pour ça que l'addicto, je l'avais aussi complètement mise de... de côté dans ma tête et dans ma pratique en hospitalier, parce que la façon dont ça nous avait été présentée ne correspondait pas à mes valeurs.³¹

La morale religieuse, que les acteur·rice·s y adhèrent ou s'y opposent, continue donc d'exercer une influence sur la manière d'aborder les addictions. Pour aller plus loin sur cette question, j'ai cherché à savoir ce qui était dit concrètement à ce sujet dans les textes canoniques du christianisme. Dans la Bible, on trouve en effet plusieurs mentions relatives à l'alcool (aussi bien dans l'ancien que dans le nouveau Testament). Dans les quatre versets suivants, l'alcool est appréhendé sous l'angle de la dépendance, laquelle amène finalement à se détourner de Dieu :

« Malheur ! Levés de bon matin, ils courent après des boissons fortes et jusque tard dans la soirée, ils s'échauffent avec le vin. La harpe et la lyre, le tambourin et la flute accompagnent leurs beuveries, mais ils ne regardent pas ce que fait le Seigneur et ne voient pas ce que ses mains accomplissent » (Ésaïe, chapitre 5, versets 11 et 12, p. 463-464)

« Ne soyez donc pas inintelligents, mais comprenez bien qu'elle est la volonté du Seigneur. Ne vous enivrez pas de vin, il mène à la perte, mais soyez remplis de l'Esprit » (Éphésiens, chapitre 5, versets 17 et 18, p. 1612)

Ces passages bibliques ne condamnent pas la consommation d'alcool (notamment le vin) en tant que telle, mais seulement l'ivresse. Cette dernière est considérée comme une faute, dans la mesure où elle dénature le rapport de l'Homme avec le Créateur. En effet, la dépendance à l'alcool est présentée comme allant de pair avec l'indépendance vis-à-vis de Dieu. Or, « *le chrétien est [...] invité à combler le vide intérieur (isolement, ennui, etc.), non par l'addiction qui isole et enferme, mais par la présence de Dieu qui libère* » (Razzano, 2017, p. 60). Nous comprenons ainsi sur quels fondements certain·e·s acteur·rice·s s'autorisent à hiérarchiser les conduites, en produisant des jugements moraux.

► Ces considérations autour de la morale amènent à la question de la honte ressentie par les usagers, toujours d'après les professionnelles du CGR - 122. Curieusement, ces dernières associent exclusivement ce sentiment aux drogues en dehors de l'alcool³². Selon Élodie, la

31. Extrait de l'entretien du 19 mars 2018 (*ibid.*, p. 105).

32. Notons que ce n'est pas le cas pour les responsables de Riboud et de Liotard qui, au contraire, parlent du sentiment de honte à propos de l'alcool (voir, dans la transcription des entretiens, les pages 135 et 158).

honte explique en partie que ce type de consommation fasse l'objet d'un tabou, et témoigne que les usagers craignent d'être jugés négativement (à la fois par les autres passagers et par les professionnel·le·s) :

E : J'ai l'impression que c'est des choses [les consommations de drogues en dehors de l'alcool] qu'ils [les passagers] n'assument pas, et qu'y a un côté encore très honteux de leur part. Donc par rapport aux autres usagers, ils ne veulent pas que ça se sache parce qu'y a aussi la peur du racket, de se faire entraîner encore plus loin, ou d'être stigmatisés. Et de la part des salariés, ils veulent toujours nous donner une image euh... la plus positive. Donc tout ce qui est comme ça, qu'ils estiment être en marge de ce que nous on pourrait trouver bien, du coup ils... voilà.³³

► Nous pouvons observer que les professionnelles interrogées associent spontanément les aspects moraux aux produits psychoactifs, et au fait même d'en consommer. Mais qu'en est-il de la démarche de RdR ? Sur ce point, et comme nous l'avons abordé au chapitre précédent, Stéphanie situe les réticences du côté des professionnel·le·s de terrain. Je l'ai donc interrogée sur le regard que ces dernier·ère·s portaient sur la RdR. On retrouve, dans sa réponse, le principal argument des détracteurs soutenant que cette pratique revient à encourager les consommations :

O : La RdR, qu'est-ce que ça renvoie aux professionnel·le·s ?

St : Ça serait vécu comme une attitude permissive [...] euh... Si on réduit les risques, alors on permet de consommer. Alors on accepte, et on considère que c'est possible. Rien que cette première étape là, c'est la principale difficulté : l'étape centrale de la RdR. C'est pas tant réduire les risques en tant que tel. C'est cette première étape préliminaire qui, qui, qui serait un vrai choc culturel. Et qui serait vécu comme : « On est permissif ». Non seulement c'est permis, mais on est permissif dans la consommation. Presqu'on incite.

O : Donc la question est beaucoup plus relative à la drogue, en tant que telle, qu'à la démarche de RdR ?

S : Bien sûr. Absolument, absolument. Oui, oui. Parce qu'après, une fois que certains préjugés autour de la consommation sont tombés, la RdR vient presque naturellement ou en tous cas, on l'attend très clairement.³⁴

La morale est donc un élément très présent dans le discours des professionnelles du CGR - 122. La moralité dont il est question entraîne des jugements de valeur (lesquels reposent sur un dualisme entre le bien et le mal), et porte avant tout sur les consommations en tant que telles. Toutefois, nous remarquerons que les professionnelles ne parlent jamais d'elles-mêmes, ces dernières préférant décrire la morale en référence à d'autres personnes.

33. Extrait de l'entretien du 19 mars 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 104).

34. Extrait de l'entretien du 22 novembre 2017 (*ibid.*, p. 99).

- *Vers une morale « conséquentialiste »*

► La morale se décline très différemment chez les professionnel·le·s de Carteret. Ces dernier·ère·s décrivent principalement, dans les entretiens, les jugements de valeur que les résidents se portent mutuellement. Karim évoque par exemple les conflits entre les communautés, en lien avec les consommations d'alcool :

K : Aujourd'hui, les gens... C'est plutôt des communautés, en disant : « Ben lui, ouais, y boit ». Alors souvent les pays de l'Est sont là-dedans, dans ces... un peu jugements de valeur. Même si eux boivent ! C'est assez marrant parce qu'eux boivent, et y sont dans des jugements de valeur par rapport aux autres. Eux gèrent un peu plus leur consommation. Du coup, euh... c'est moins visible pour certains. Du coup, y sont moins : « Ouais, moi j'bois mais c'est juste comme ça quoi : festif ». Ce qui est un peu vrai : les autres sont plus dans une consommation de... festif dans un premier temps, mais aussi d'oubli de plein de choses [...]. Et là, y a des jugements de valeur, voilà.³⁵

Solène, quant à elle, pointe les différences de représentation selon la nature du produit consommé (alcool ou autres drogues) :

So : Alors nous, on a vraiment les alcooliques et les toxicos : faut pas mélanger ! Et souvent, quand on leur dit : « Ah mais moi j'me drogue pas, je bois » [*sur un ton agressif*]. « C'est plus grave la drogue, parce que la drogue c'est interdit ». Donc on est vraiment... enfin nous, y a vraiment cette différence-là. Et souvent on entend : « Ouais mais lui c'est un toxico », donc c'est pire que moi.³⁶

► Par ailleurs, et contrairement aux CGR - 122, les professionnel·le·s de Carteret se positionnent clairement sur la question morale. En effet, on peut lire d'emblée, dans le projet d'établissement, l'affirmation suivante :

« En tant que professionnels de l'aide sociale, nous respectons l'utilisateur de drogue dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de produits. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes » (PE, *op. cit.*, p. 14)

Les professionnel·le·s affichent également, dans leur discours, cette volonté de non-jugement. Solène explique notamment la manière dont elle aborde la question des addictions avec les résidents qu'elle accompagne :

So : Moi, quand j'me présente et que j'suis leur référente, j'leur dis qu'en gros, j'suis là pour les aider et pour qu'on avance. Donc que si à un moment donné, y veulent qu'on avance correctement, faut qu'y soient honnêtes. Et que j'suis pas là pour leur dire c'est bien de fumer, c'est pas bien ; c'est bien de boire, c'est pas bien. Mais que si y sont pas transparents au niveau de leurs consos, ça va être compliqué de travailler.³⁶

35. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (*ibid.*, p. 19).

36. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (*ibid.*, p. 41 et 44).

► Les pratiques d'accompagnement à Carteret sont-elles pour autant exemptes de toute forme de morale ? Au cours de l'enquête, certains éléments m'ont tout de même interpellé. Je suis notamment revenu, avec Karim, sur l'emploi du verbe *tolérer*. « *Pourquoi ne pas dire que les consommations sont acceptées ?* » lui ai-je demandé. Voici sa réponse :

K : Tolérer, parce que c'est pas une obligation. Voilà. Les gens sont pas obligés de consommer, et on accepte, on tolère, voilà, y a pas de souci là-dessus. C'est le comportement qui nous embête, c'est pas le fait de consommer.³⁷

Il s'avère en effet que la morale s'immisce à Carteret de manière indirecte, en portant non pas sur les consommations en tant que telles, mais sur les conséquences que ces dernières peuvent avoir sur le comportement des usagers. Ces conséquences se mesurent à une échelle à la fois individuelle et collective. Les professionnel-le-s craignent avant tout que les consommations aient des répercussions sur la vie du groupe. On retrouve cet aspect, de façon explicite, dans le projet d'établissement :

« C'est moins la consommation qui est interdite que les comportements qui peuvent en résulter. Dans cette perspective, ce sont plus généralement les attitudes qui entravent la vie collective qui font l'objet d'une régulation »
(PE, *op. cit.*, p. 17)

C'est bien le risque de débordements sur le collectif qui justifie la règle imposant de consommer seul dans sa chambre – ce qui, de toute évidence, et comme le soulignait Sabrina, renvoie à une forme de stigmatisation de l'usager.

Par ailleurs, les professionnel-le-s soulignent l'impact des consommations sur le parcours d'insertion des résidents. Sabrina précise que l'objectif principal de l'accompagnement est de permettre aux personnes d'accéder à plus d'autonomie. Or l'usage de produits, selon elle, est susceptible de les freiner dans leurs démarches. Elle prend l'exemple de l'accès à l'emploi :

Sa : Donc le projet d'accompagnement, il est aussi vers, euh... plus d'autonomie, et travailler la sortie. Mais quelqu'un qui a pas de ressources, le seul moyen qu'on a, c'est de le faire travailler pour pouvoir imaginer une sortie sur un autre dispositif. Et travailler quand on a beaucoup beaucoup de consos... et bon, je parle même pas de si, en plus, y a une barrière de la langue et d'autres problématiques quoi. Là, ça devient compliqué. Ça devient très très compliqué.³⁸

Dans tous les cas, et une fois encore, les questions relatives à la morale ne sont pas directement associées à la démarche de RdR.

37. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (*ibid.*, p. 15).

38. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 32).

Selon les cas, les aspects moraux portent prioritairement sur les consommations en tant que telles, ou sur leurs éventuelles conséquences, mais jamais réellement sur la démarche de réduction des risques. Mais le rapport à la morale nous renseigne aussi indirectement sur le positionnement des CHRS vis-à-vis de la RdR, si l'on considère, en référence aux travaux de Quirion, le mode de régulation que chaque structure privilégie face aux conduites addictives.

Dans le cas du CGR - 122, et d'après les témoignages que nous avons recueillis, bon nombre de professionnel·le·s s'attachent à une morale dogmatique. À partir de là, ces dernier·ère·s ne peuvent pas réellement se déprendre de la logique restrictionniste. Il·elle·s se situent donc en amont d'une démarche possible de RdR, ce qui influence directement la dynamique globale de l'équipe.

Au contraire, les professionnel·le·s de Carteret se défendent de tout jugement moral, à la fois sur les consommations et, *a fortiori*, sur les pratiques de RdR pouvant y être associées. De plus, ils répondent manifestement, dans leurs pratiques d'accompagnement, à une logique gestionnaire. Pour autant, s'inscrivent-ils pleinement dans la philosophie humaniste de la RdR ? Nous pouvons raisonnablement en douter. En effet, la morale conséquentialiste que l'enquête fait ressortir laisse craindre un glissement du côté de la gestion des risques. La question de l'autonomie, que nous avons tout juste abordée dans ce chapitre, est en fait primordiale pour comprendre la façon dont Carteret se saisit de la RdR. Nous allons y revenir dans la quatrième partie de notre recherche...

Pour l'heure, poursuivons l'étude des registres permettant l'analyse des discours. Après le couple interdit / tolérance, et la question de la morale, nous allons aborder à présent le thème de la reconnaissance. Ce dernier va nous permettre d'entendre la parole des usagers.

Chapitre 3.3 Les usagers de drogues en CHRS : un enjeu de reconnaissance.

3.3.1 Place des usagers dans l'enquête

Il était pour moi essentiel que l'enquête inclue les usagers, et ce pour deux raisons. D'une part, ce choix s'inscrit pleinement dans la philosophie de la RdR. Comme l'indique Alain Morel, cette dernière a induit un véritable renversement dans les années 1990. Elle suppose en effet que « *l'usager [ait] aussi son mot à dire dans sa problématique, dans sa manière de voir les choses* » (Appel, Lachambre, 2013, 28:59). D'autre part, ce positionnement trouve un écho dans le style pragmatique de l'enquête où il s'agit de respecter un principe de symétrie entre les différent·e·s acteur·rice·s concerné·e·s. Il en va de l'enjeu démocratique de la méthode expérimentale. Pour John Dewey, « *une enquête [doit en effet mettre] tous les enquêteurs à égalité, personne n'ayant plus d'autorité qu'un autre pour imposer son point de vue* » (Madelrieux, *op. cit.*, p. 193).

J'ai mené des entretiens individuels avec six usagers. J'ai pu interviewer deux résidents de Carteret, Gaëtan et Malik, à la suite du temps d'échange de décembre 2017. Par ailleurs, j'ai interrogé quatre usagers de Pause Diabolo : Benjamin, Francis, Loïc et Yannick (chacun d'eux ayant eu une ou plusieurs expériences d'hébergement en CHRS). Je présente le détail de leur situation vis-à-vis de l'hébergement et du logement dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Situation par rapport à l'hébergement / logement des usagers interviewés à Pause Diabolo

	<i>Antérieure à l'entretien</i>		<i>Au moment de l'entretien (entre mars et avr. 18)</i>	<i>Postérieure à l'entretien</i>
	<i>CHRS</i>	<i>Période *</i>		
Benjamin	CHRS à Béziers		Sans hébergement	Carteret (depuis déc. 2018)
	Maison de Rodolphe	55 mois (2013/18)		
Francis	Maison de Rodolphe	18 mois (2011/12)	Appartement de droit commun (depuis 2012)	
Loïc	L'Orangerie		Sans hébergement	
	CGR - 122	5 mois (2014/15)		
	La Calade	15 mois (2016/18)		
Yannick	CGR - 122	3 mois (2015/16)	Sans hébergement	France Horizon (depuis mai 2018)
	Cité de Lyon	14 mois (2016/17)		
	CGR - 122	2 mois (2017)		

* Ces périodes sont précisées dans le logiciel PROGDIS 115 / SIAO.

Dans l'ensemble, l'enquête a reçu un accueil favorable de la part des usagers. Certains ont même souhaité y prendre part, en manifestant leur intérêt. Ce fut, par exemple, le cas de Gaëtan. Je suis allé le voir, à la suite du groupe de parole, pour lui proposer un entretien. Il m'avait alors donné un accord de principe, mais nous n'avions pas fixé de date précise. Alors que je tardais à le relancer, j'ai eu la surprise de recevoir sa visite à Pause Diabolo (alors qu'il n'y venait plus depuis plusieurs mois). « *Alors, c'est quand qu'on s'voit ?* », me lança-t-il. Je me suis empressé, dans ces circonstances, de lui proposer un rendez-vous à Carteret deux jours plus tard.

Parfois, la participation des usagers a été plus difficile à mettre en œuvre. Loïc et Malik m'avaient notamment donné leur accord. Toutefois, et pour des raisons différentes, ils se sont montrés fuyants au moment de réaliser l'entretien.

Loïc vient très régulièrement à Pause Diabolo. Il vit dans la rue, dans des conditions très précaires. Il apprécie donc de trouver au CAARUD les services de première nécessité (notamment l'accès à l'hygiène). Il prend du Subutex[®] en injection, associé à un traitement anxiolytique ; et consomme également des opiacés de façon occasionnelle. Loïc est contraint de vivre dans le présent, au jour le jour. Il était impossible, dans ce contexte, de prévoir un rendez-vous. Je l'ai donc sollicité en « boutique »³⁹ à plusieurs reprises, pensant que nous pourrions nous isoler dans un bureau pour effectuer l'entretien. Il me disait souvent ne pas avoir le temps, et s'affairait dans la salle d'accueil entre le coin cuisine et l'espace buanderie... Un jour, Loïc a accepté que nous échangions, mais il souhaitait rester dans le collectif. Aussi, nous nous sommes installés à la table où il avait commencé à prendre une collation. Il était manifestement sous l'effet d'opiacés, ce qui est très souvent le cas. J'ai tout de même accepté de mener l'entretien, même si les conditions n'étaient pas idéales. D'une part, Loïc était dans un état confusionnel dont il avait conscience : « *Putain j'suis défoncé, je perds le fil. Je parlais de quoi là ?* »⁴⁰, se demandait-il au cours de l'échange. D'autre part, nous avons très souvent été coupés. L'enregistrement a duré une heure et deux minutes au total. Au final, j'ai exploité les deux tiers de la bande seulement, ce qui correspond au temps réel de parole. Même dans cette partie, l'entretien a encore été interrompu à trois reprises. La transcription a enfin été particulièrement difficile, aussi en raison des bruits environnants.

39. Ce terme désigne la salle d'accueil collective, en référence à l'histoire de la RdR (voir chapitre précédent, section 3.2.1).

40. Extrait de l'entretien du 13 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 231).

Nous considérerons cet entretien comme une situation d'observation. Il est intéressant de voir la façon dont j'ai dû m'adapter, en situation, pour pouvoir recueillir la parole de Loïc. Cette souplesse méthodologique fait totalement partie, selon moi, du pragmatisme de l'enquête.

Dans la situation de Malik, on retrouve cette difficulté à enquêter, cette fois en lien avec la question de l'indicible. Pour rappel, ce monsieur avait pris part activement au groupe de parole, tout en insistant sur le fait qu'il ne consommait pas⁴¹. Je lui avais tout de même proposé un entretien, en lui expliquant que je trouvais intéressant d'avoir son regard en tant que non consommateur. Il s'était montré plutôt « craintif », mais avait finalement accepté. Nous avons donc fixé un rendez-vous, le vendredi 13 avril 2018. Lorsque je suis arrivé à Carteret, Sabrina m'a informé que Malik n'était pas en forme. Il était angoissé, et elle n'était pas sûre qu'il puisse assurer l'entretien. Elle se demandait en fait si ma venue n'était pas la cause de son malaise... J'étais très ennuyé face à cette situation. Mon invitation à « parler » ne devait pas se transformer en une obligation. Je suis allé le voir dans sa chambre pour le saluer, et lui dire que nous pouvions tout à fait reporter, voire annuler, notre rendez-vous. Il avait des maux de ventre et semblait effectivement mal en point. J'ai essayé de le rassurer en lui expliquant à nouveau le cadre de ma démarche. Il m'a répondu en disant : « *non, mais c'est bon... on peut se voir lundi si tu veux, je préfèrerai* »⁴². Je suis donc revenu au CHRS le lundi suivant. Malik allait mieux ce jour-là, et nous nous sommes installés dans le bureau de Sabrina. J'ai commencé l'entretien en lui rappelant l'intérêt de son témoignage, même s'il n'était pas consommateur. Sa réponse a été pour le moins surprenante :

O : [...] Parce que toi, donc, tu ne consommes pas...

M : Hum... si, j'ai arrêté. Depuis que j'ai failli mourir là... J'ai fait une overdose.

O : Ah ouais...

M : Ouais

O : Parce que qu'est-ce que tu consommais ?

M : De l'héroïne.

O : D'accord. Et c'était il y a longtemps ça ?

M : Ben non, pas vraiment non.⁴³

41. Voir chapitre 2.2 (section 2.2.2).

42. Extrait de mon journal de bord en date du 13 avril 2018.

43. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 77).

Cet épisode a beaucoup marqué Malik. Il a bien voulu m'en parler, sans pour autant rentrer dans trop de détails. De façon générale, il s'est montré peu loquace durant l'entretien. Le taux de relance le concernant s'élève à 52,10 %, contre une moyenne de 16,16 % pour les autres usagers. Il faut dire que j'ai connu Malik à l'occasion de l'enquête. C'était donc la première fois que nous échangeons seul à seul, et il n'était visiblement pas très à l'aise. Le fait de me savoir éducateur en CAARUD n'a pas suffi à le rassurer. Cette situation montre les limites de la relation d'enquête, lorsque celle-ci ne repose pas sur un lien de confiance déjà établi. Ce qui est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'aborder la question des consommations de drogues.

3.3.2 Les usagers et leurs consommations, entre sentiment de culpabilité et solitude.

- *L'interdit comme préalable*

Les consommations de drogues, nous l'avons vu, restent généralement proscrites à l'intérieur des établissements. J'ai observé que cet interdit, posé telle une évidence (même lorsqu'il s'agit de l'alcool), conditionnait d'emblée la moralité de l'usage. Même à Carteret, où les consommations sont donc tolérées, l'interdit continue manifestement à « hanter les esprits »... Lors d'un passage au CHRS, j'ai été interpellé par Sandro. Pour rappel, ce monsieur était présent au groupe de parole. Il semblait visiblement content de me revoir, et souhaitait parler avec moi de ses consommations. Solène, alors présente à l'accueil, nous a proposé un bureau d'entretien. Sandro me fit part de son souhait de faire un sevrage de cocaïne. Après avoir échangé avec lui à ce sujet, j'ai demandé à Sandro s'il arrivait à parler de ses consommations avec l'équipe sur place. Voilà sa réponse : « *Y savent pas non, et ils le sauront jamais [il parle plutôt ici de l'héroïne]. Y a pas intérêt qu'ils le sachent, sinon j'vais m'faire virer* »⁴⁴. Cette croyance montre que cette personne a totalement intériorisé l'interdit associé à l'usage de drogues.

Il faut dire que cet interdit correspond, encore aujourd'hui, à la norme sociale dominante, laquelle est renvoyée en permanence aux consommateurs de drogues par la société dans son ensemble. Les usagers ne peuvent pas en faire abstraction. Ils vivent donc le plus souvent leurs consommations sous l'angle de la transgression. Dans tous les cas, ils intègrent cette dimension dans le rapport singulier qu'ils entretiennent à la norme. Gaëtan évoque, par

44. Extrait de mon journal de bord en date du 10 avril 2018.

exemple, la confusion qu'il ressent entre son propre sentiment et l'interdit que « tout le monde » lui renvoie :

G : Tout le monde me parle que de mes consos, je sais plus où j'en suis. À mon avis, on dirait que c'est pas normal. Ben comparé à tout ce que les gens me disent. Pour moi, j'trouve ça normal, toujours... même quand j'fumais ou que j'me défonçais [...].

O : C'est qui qui te dit que c'est pas normal ?

G : Ben tout autour de moi on m'dit ben... c'est pas que c'est pas normal, on m'fait comprendre : y faut, pas, y faut pas, y faut pas, y faut pas, y faut pas. C'est interdit par la loi, voilà. Donc tout ce qui est interdit par la loi, les gens – pour eux – c'est pas normal. C'est interdit par la loi : faut pas prendre. Voilà pourquoi j'dis c'est pas normal.⁴⁵

- « *C'est quoi un homme bien ?* »

En outre, cette norme sociale est corrélée à une norme morale. J'ai été effaré de constater, à ce niveau, la mésestime dont les usagers ont souvent témoigné au cours des entretiens. Le fait d'être usager de drogues renvoie à certains une image profondément négative. Ces personnes utilisent un certain type de vocabulaire⁴⁶, et tiennent pour vrai le fait qu'un consommateur n'est pas quelqu'un de « bien ». Il s'agirait d'une donnée qui semble être profondément ancrée en eux. Cet extrait d'entretien, mené avec Loïc, est éloquent :

O : Et comment tu l'as vécu ça ?

L : D'arrêter de shooter ?

O : Non, non... Le fait qu'on t'ait pris du matos, qu'on te fouille, etc. Tu l'as vécu comment ?

L : Normalement. Ça m'a pas choqué, c'est normal. Moi, j'aurais fait pareil à leur place. Un mec qu'on a mis en CHRS, qu'on pensait un mec bien et tout, pas *junkie*. J'aurais réagi comme eux.

O : Mais c'est pas parce qu'on shoote qu'on n'est pas un mec bien...

L : Non, mais y m'ont viré mais après, y m'ont récupéré t'as vu. Le temps... deux, trois semaines j'te dis mais après, y m'ont récupéré [...]. Voilà quoi.

O : Ça m'a marqué ce que tu dis par rapport au fait qu'y pensaient que t'étais pas un mec bien...

L : Mais bon, y sont bêtes un peu : y m'ont mis au CHRS et à cette époque, j'avais des grosses mains déjà. Enfin pas celles-là hein : elles étaient plus grosses que maintenant, plus grosses qu'à

45. Extrait de l'entretien du 22 mars 2018 (*ibid.*, p. 63).

46. Elles parlent de *toxicomanes* ou de *junkies* pour désigner les usagers de drogues...

certaines époques⁴⁷. Y savaient donc que j'shootais tu vois, mais y m'ont quand même mis au CHRS [...]. Y savaient déjà à cette époque que j'shootais. Y me l'avaient déjà demandé, j'leur avais dit. Donc, y m'ont quand même mis dans la chambre, au cinquième, tellement j'étais cool malgré que j'fasse des shoots.⁴⁸

Yannick, un autre usager de Pause Diabolo, (se) posait une question sur la base de ce même présumé : « *Pourquoi j'veux devenir un gars bien en fait ? Voilà la question. Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi Olivier j'veux devenir cette personne ?* »⁴⁹.

Les aspects moraux se traduisent donc clairement, chez les usagers, par le manque d'estime qu'ils se portent – en raison de leur statut de consommateur.

- *De l'indicible à la solitude*

Ce vécu autour des consommations permet de mieux comprendre la discrétion dont les usagers font preuve. Ce n'est pas un sujet sur lequel ils s'épanchent, que ce soit avec les autres résident·e·s ou avec les professionnel·le·s.

Ils évoquent deux craintes principales vis-à-vis des autres résident·e·s. D'une part, la peur d'être sollicité pour obtenir du produit est un élément qui revient dans presque tous les entretiens. D'autre part, certains usagers craignent de s'exposer à des jugements de valeur de la part des autres hébergé·e·s⁵⁰. Malik nous disait par exemple que Gaëtan était le seul résident avec qui il avait pu parler de ses consommations. « *On peut pas en parler à n'importe qui non plus* », explique-t-il, « *on est vite étiqueté quoi [par les autres hébergés]* »⁵¹. Se taire est donc une façon, pour les consommateurs, de préserver leur tranquillité au sein du collectif.

Concernant les professionnel·le·s, les usagers sont parfois amenés à en parler avec leur éducateur·rice référent·e, mais ils estiment que cela ne regarde pas l'équipe. Pour Gaëtan, il s'agit d'une évidence :

47. Loïc présente le syndrome dit « de Popeye ». Il s'agit d'un gonflement de la face dorsale des mains et des doigts, le plus souvent lié à l'injection de Subutex[®]. L'un des excipients contenus dans ce médicament, l'amidon de maïs, est notamment insoluble dans l'eau. Des microparticules peuvent donc finir par obstruer les vaisseaux lymphatiques provoquant des œdèmes volumineux, lesquels se résorbent peu avec le temps. Pour éviter cette complication, nous distribuons au CAARUD des Sterifilt[®] qui permettent de filtrer les microparticules d'une taille supérieure à dix microns (contre vingt µm pour le filtre « coton » traditionnel). C'est ce que nous avons évoqué au chapitre 1.1.

48. Extrait de l'entretien du 13 avril 2018 (*ibid.*, p. 232-233).

49. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 242).

50. Cela rejoint le constat que faisait Karim (voir chapitre précédent, section 3.2.3).

51. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 79).

O : Comment ça s'est passé au départ, est-ce que tu as pu parler de tes consommations au niveau de l'équipe ?

G : Mais j'leur en parle pas à l'équipe !

O : D'accord, moi je sais pas !

G : Ben, j'te l'dis. Moi, l'équipe... non, moi je leur dis pas. Je prends mon Subutex[®], terminé. J'ai un traitement de substitution, mais mes consommations, je les garde pour moi. Y ont pas besoin de savoir. J'en parle à mon addictologue, j'en parle à mon psychiatre, j'en parle aux gens qui travaillent comme toi dans les assos. Mais l'équipe, j'le garde pour moi. Je construis des choses mais y a pas besoin de parler des produits. Déjà, c'est sûr : y me voient boire, ça c'est sûr. Mais non, ça, c'est des choses... déjà, j'aime pas en parler.⁵²

Ce non-dit permanent induit une forme d'isolement chez les usagers. J'ai surtout pu m'en rendre compte à Carteret. Durant les entretiens, Gaëtan et Malik m'ont en effet renvoyé une impression de grande solitude, ce qui m'a beaucoup marqué. En cherchant à analyser mon ressenti, je me suis surpris à faire un parallèle avec le film *Elephant* (Gus Van Sant, 2003). L'histoire se déroule en l'occurrence dans un lycée⁵³. Il y a quelque chose de frappant tout au long de ce film, c'est l'absence notoire des adultes. Ces derniers sont présents à l'image, mais ne réagissent pas lorsque certain·e·s lycéen·ne·s les interpellent... Ainsi, les adultes et les adolescent·e·s se croisent mais ne se rencontrent pas. Les jeunes sont donc livrés à eux-mêmes, dans une forme d'autonomie contrainte. La comparaison peut paraître inappropriée. Pourtant, il y a bien des caractéristiques en commun entre ces lycéen·ne·s et les résidents de Carteret que nous avons rencontrés. En menant l'enquête auprès d'eux, j'ai eu l'impression d'entrer dans un univers à part. Leur « monde »⁵⁴, en tant qu'usagers de drogues, m'est apparu en effet comme étant très différent de celui des éducateur·rice·s. Mais le plus frappant selon moi, c'est qu'il existe une sorte de frontière entre les deux ; or celle-ci est manifestement difficile à franchir, de part et d'autre...

- *Une distance entre usagers et professionnel·le·s*

Nous pouvons observer la distance qui existe entre les professionnel·le·s et les usagers, ne serait-ce qu'à travers l'analyse du vocabulaire utilisé. J'ai réalisé un « nuage de

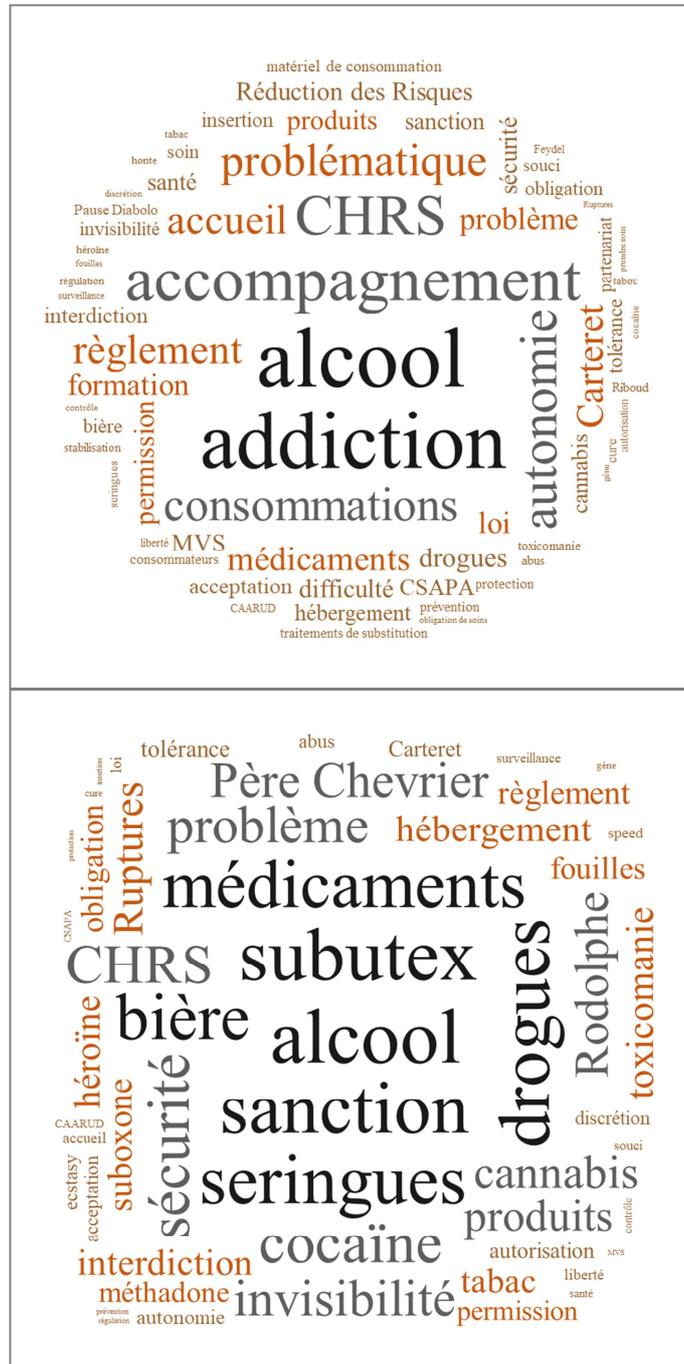
52. Extrait de l'entretien du 22 mars 2018 (*ibid.*, p. 60-61).

53. *Elephant* revient sur la fusillade qui a éclaté le 20 avril 1999 au lycée de Colombine, aux États-Unis. La citation en épigraphe de notre troisième partie est de Guy Van Sant, le réalisateur de ce film.

54. J'utilise cette notion en référence au concept de « monde social », formalisé par l'interactionnisme symbolique. Howard S. Becker l'a notamment utilisé à propos de la déviance en lien, entre autres, avec la consommation de marijuana (dans son ouvrage *Outsiders*, paru initialement en 1963). On retrouve ce concept dans les recherches de Patricia Bouhnik concernant les usagers de drogues illicites des quartiers populaires de Paris et de sa banlieue (voir Bouhnik, 2005).

mots » pour chaque groupe d'acteur·rices, afin d'effectuer ensuite une comparaison (graphique ci-dessous)⁵⁵. Pour ce faire, j'ai répertorié les mots qui reviennent le plus souvent dans les discours des professionnel·le·s, avant de trier la liste obtenue en fonction du nombre d'occurrences. J'ai procédé de la même manière pour les usagers.

Graphique 6 : Comparaison entre le « nuage de mots » des professionnel·le·s (en haut) et celui des usagers (en bas)



55. Le « nuage de mots » placé sur la page de garde correspond à l'association des deux.

► Le discours des professionnel·le·s se concentre autour d'un nombre de mots relativement restreints. Ils utilisent le terme générique d'*addiction*. Ils parlent énormément d'alcool (218 fois), et c'est pratiquement le seul produit qui est cité. Sinon, ils évoquent les *consommations* de façon générale. Notons également la timide présence de l'expression « Réduction des Risques ». Par ailleurs, les professionnel·le·s emploient le vocabulaire traditionnel du travail social. Ils parlent notamment de *CHRS*, d'*accompagnement* et d'*accueil*. Nous remarquerons enfin que le mot *autonomie* revient très souvent dans leur discours (126 fois au total).

► Les usagers emploient un vocabulaire à la fois plus varié et plus précis, qui est centré davantage sur le thème des addictions. En effet, les mots qui reviennent le plus souvent correspondent aux produits consommés. On trouve notamment, par ordre décroissant, l'alcool (et la bière), le Subutex[®], la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, la Suboxone[®] et le tabac. Le vocabulaire utilisé concerne également les pratiques de consommation. Le mot *seringue(s)*, par exemple, apparaît 35 fois⁵⁶. En dehors du vocabulaire spécifique à l'addiction, c'est le mot *sanction* qui ressort en priorité (cité 37 fois). Enfin, le nom de certains CHRS est mentionné à plusieurs reprises ; c'est le cas du Père Chevrier⁵⁷ et de la Maison de Rodolphe.

► Parmi les différences entre les professionnel·le·s et les usagers, celle concernant les produits est la plus significative. J'ai donc effectué une analyse lexicale spécifique sur ce thème, afin de compléter le résultat précédent. J'ai listé l'ensemble des produits cités dans les entretiens, même s'ils ne l'étaient qu'une seule fois. Je les ai ensuite regroupés par famille. Prenons un exemple. Chez les professionnel·le·s, on trouve, dans la famille intitulée *alcool*, les mots suivants : alcool, bière(s), canette(s), whisky, et la formule « boissons alcoolisés ». Je présente le détail des terminologies utilisées dans l'annexe 13. Notons que la famille « autres produits psychoactifs » désigne les drogues en dehors de l'alcool, du tabac et du cannabis (principalement l'héroïne et la cocaïne).

Les résultats sont très intéressants : les produits cités le plus souvent ne sont pas du tout les mêmes entre les deux groupes d'acteur·rice·s. Les écarts les plus importants concernent les TSO et les « autres produits psychoactifs ». Ces deux familles représentent respectivement 23 % et 18 % des terminologies utilisées chez les usagers, contre seulement 5 % et 3 % chez

56. Notons qu'ils utilisent aussi très souvent la formule « matériel de consommations » (40 fois). Toutefois, celle-ci ne figure pas dans le graphique car je n'ai retenu ici que les mots (à l'exception, donc, de l'expression « Réduction des Risques »).

57. C'est la manière dont certains usagers nomment traditionnellement le CGR - 122.

les professionnel-le-s. Ces dernier-ère-s, et cette nouvelle analyse le confirme, se focalisent sur l'alcool (cité à hauteur de 46 %).

3.3.3 La difficulté à « dire, seulement dire », du jugement à la reconnaissance.

L'enquête a démarré sur la base du tabou associé aux consommations. En effet, ma démarche de participation observante, à Carteret, a placé la question de l'indicible au centre de nos investigations (chapitre 2.2.). J'ai donc d'abord cherché à en déterminer les causes. Pour ce faire, et jusqu'à maintenant, j'ai analysé les discours des acteur-ric-e-s autour de deux registres : l'interdit et la morale. Les réticences à parler des consommations reviennent en filigrane de notre enquête. Je me suis alors demandé ce que venait dire cette difficulté au niveau des relations que les usagers entretiennent avec les professionnel-le-s. C'est ce que nous allons voir à présent.

- *Une tendance à l'entre soi*

La démarche peut sembler totalement incongrue, mais j'ai attrapé cette question en m'inspirant d'une pièce de théâtre... *Juste la fin du monde* raconte le retour de Louis dans sa famille, après une longue absence. Cette pièce n'est autre que la mise en scène d'une reconnaissance empêchée – laquelle place le protagoniste dans l'impossibilité de « dire, seulement dire », à ses proches, ce qu'il était pourtant venu leur annoncer (Lagarce, 2016, p. 24). Le lien avec notre sujet m'a semblé évident. La difficulté à dire parle aussi de la difficulté à entendre... Les usagers sont-ils suffisamment reconnus dans leurs pratiques de consommation ? Les professionnel-le-s parviennent-ils à se mettre à leur place, et à comprendre ce qu'ils vivent ? Ces questions font clairement débat au sein de l'équipe de Carteret. Solène m'expliquait avoir discuté, avec l'une de ses collègues, au sujet des consommations d'alcool lors des sorties : « *Elle [ma collègue] me dit : "Y doivent être capables de s'tenir, un minimum de temps". Sauf qu'elle, elle boit pas ! Elle a pas d'addictions. Donc comment tu sais, toi, combien de temps tu peux tenir ? Nous, on sait pas ça* »⁵⁸. Je l'avais aussi interrogée, un peu plus tôt dans l'entretien, sur les catégories de professionnel-le-s vers lesquelles les usagers se tournaient le plus spontanément. Sa réponse est particulièrement significative :

58. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 46).

So : Alors nous, on a une collègue qui est super calée en... tout ce qui est drogues : qui connaît tout. Ils le savent. C'est Anaïs, tu dois connaître. Anaïs, elle est calée parce que... elle dit qu'elle a elle-même pris des choses et voilà, et elle s'en cache pas ; et elle est très ouverte là-dessus. Et du coup, c'est vrai que Gaëtan au début ne parlait qu'à Anaïs parce qu'y se disait : « Elle au moins, elle me comprend » [...]. Mais moi, c'est vrai que quand y m' parlent d'un truc, j' leur dis : « Ben excuse-moi, moi j' ai jamais pris ça : j' connais pas ». Après, si y sont, vis-à-vis d'un collègue, un peu plus stricts, et qui voient que même si la personne ne le juge pas mais y a quand même un p' tit... recul, ou euh : ils lui diront rien.⁵⁹

- *La possibilité d'une rencontre*

Les usagers peuvent-ils éviter ce risque de l'entre soi ? Usagers et professionnel-le-s parviennent-ils à se rencontrer ? Et si oui, de quelle façon ?

Revenons ici sur l'expérience de Benjamin. Ce jeune homme est arrivé à la Maison de Rodolphe en août 2013, il avait alors 27 ans. Au départ, un éducateur référent lui a été désigné. Benjamin ne s'entendait pas du tout avec lui, si bien qu'ils n'ont jamais abordé ensemble la question des consommations. Deux ans plus tard, une nouvelle éducatrice a pris le relais. Cette personne s'est montrée plus à l'écoute. Il la dépeint comme quelqu'un de très investie dans son travail. Au final, Benjamin s'est senti suffisamment en confiance avec elle pour lui parler de son traitement. Mais il va tout de même chercher à en minimiser l'importance. En l'occurrence, il prend de la Suboxone[®] et sa référente ne connaît pas ce médicament⁶⁰. Il en profite pour lui le présenter sous un jour favorable : « *C'est du Suboxone[®]. C'est comme le Subutex[®], mais en moins fort et en moins dépendant* »⁶¹. Benjamin revient, plus loin dans l'entretien, sur le jour où il a décidé d'« avouer » ses consommations :

B : Au bout d'un moment, j'ai dit : « Oui, ben écoutez : voilà, j'ai ça comme problème machin. J'achète dans la rue. Des fois, j'peux pas avoir. C'est pour ça que des fois, j'suis mal : j'suis pas aux rendez-vous ». Ouais. Et après, j' lui ai expliqué comme quoi j'prenais ça – MAIS que c'était pas du Subutex[®], c'était du Suboxone[®]. J'leur ai même fait voir tu vois. Enfin je LEUR ai pas fait voir, j' lui ai fait voir à elle [son éducatrice référente] – en lui disant : « Ça sent le bonbon, regardez, enfin le citron. C'est comme un bonbon, juste que... voilà, moi, ça me permet de me lever et de pas avoir mal au ventre, d'être plié ». Tu vois...⁶¹

59. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (*ibid.*, p. 44).

60. C'est le cas de la plupart des professionnel-le-s de CHRS. À titre d'information, la Suboxone[®] associe de la buprénorphine, le principe actif du Subutex[®], avec de la naloxone qui est un antagoniste pur des récepteurs opioïdes. Ce médicament est disponible depuis 2012, et vise à empêcher l'usage détourné de Subutex[®]. En effet, la naloxone n'agit pas lorsqu'elle est consommée en sublingual (n'étant pas absorbée par les muqueuses). Par contre, en injection ou en sniff, elle exercera son rôle antagoniste en atténuant l'effet de la buprénorphine. Dans certains cas, l'utilisateur risque de ressentir les symptômes du manque...

61. Extrait de l'entretien du 19 mars 2018 (*ibid.*, p. 201 puis 202).

Benjamin, en se confiant ainsi, n'attend pas d'aide particulière de la part de son éducatrice. Il souhaite simplement qu'elle comprenne ce qu'il vit et, d'une certaine façon, qui il est – en l'occurrence en tant que consommateur. Pour cela, Benjamin fait preuve d'une certaine pédagogie. Il explique en effet à sa référente les conséquences que le manque peut avoir sur son comportement. Il lui précise aussi que son traitement est efficace et qu'il présente une vraie utilité. En même temps, il ne veut pas l'effrayer. Il cherche donc à la « ménager », en dédramatisant ses consommations. Dans cette séquence, Benjamin exprime clairement le besoin d'être reconnu en tant qu'utilisateur de drogues. Sans doute cherche-t-il à l'être, déjà, à travers les connaissances qu'il détient sur les produits. En tout cas, son positionnement est intéressant. Celui-ci permet d'instaurer une forme d'horizontalité dans la relation qu'il entretient avec son éducatrice.

De façon générale, les usagers que j'ai rencontrés témoignent, chacun à leur façon, de ce même besoin de reconnaissance. La plupart d'entre eux ont d'ailleurs été valorisés par le simple fait d'être sollicités dans le cadre de la recherche. Me concernant, j'ai cherché à réduire, autant que possible, l'asymétrie de la relation d'enquête...

- *La RdR à l'appui de la reconnaissance des usagers*

Cette recherche d'horizontalité dans la relation est quelque chose que l'on retrouve fréquemment en RdR, entre les usager·ère·s et les intervenant·e·s. Cela se comprend aisément au regard des changements qui sont intervenus dans les années 1990⁶². En effet, le sida a profondément bouleversé la relation médecin-malade. Cette maladie a fait émerger un profil de patient à la fois informé, actif, et qui souhaite prendre part aux décisions qui le concernent. Le « paternalisme médical » a cédé le pas à un modèle plus délibératif. Dans ce contexte, et concernant précisément la RdR, son histoire a été profondément marquée par l'auto-support et la santé communautaire. L'un de ses principes, dans une vision humaniste, est donc la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience⁶³ (c'est ce que nous avons développé, dans la deuxième partie, en parlant de l'« approche expérientielle » des addictions⁶⁴).

62. Nous y faisons déjà allusion au début de ce chapitre en citant Alain Morel (voir *supra*, section 3.3.1).

63. Il y a quelques années, j'avais rédigé un article sur cette question. Je l'avais intitulé ainsi : *Le « partage », comme fondement d'une éthique professionnelle*. Le lecteur intéressé pourra retrouver cet écrit dans le numéro 1138 de la revue Lien Social (avril 2014).

64. Voir chapitre 2.1 (section 2.1.1).

Revenons au contexte des CHRS. Si les usagers, à l'instar de Benjamin, peuvent être à l'initiative de la rencontre, qu'en est-il dans l'autre sens ? Les professionnel-le-s parviennent-il-elle-s aussi à faire un pas du côté des usagers ? Ces interrogations posent déjà la question de la formation. Parmi les sept professionnel-le-s que j'ai rencontré-e-s, seule Élodie a eu un enseignement d'addictologie dans sa formation initiale. Pour autant, et comme nous l'avons vu précédemment, la nature de l'approche proposée ne correspondait pas à ses valeurs, ce qui a eu pour effet de l'éloigner de ce public⁶⁵. Par ailleurs, seuls deux CHRS proposent, en interne, des sensibilisations à l'addictologie : l'Apus et Carteret. Dans le cas de l'Apus, la configuration associative facilite évidemment ce genre d'initiative. Pour rappel, cette structure fait partie de l'association OPPELIA qui gère également un CSAPA... En ce qui concerne Carteret, aucune formation n'est obligatoire pour les personnes nouvellement embauchées. Ce constat est surprenant pour un CHRS qui revendique une spécificité autour des addictions. Toutefois, des formations peuvent être organisées à la demande des salarié-e-s.

Quoi qu'il en soit, et sur l'ensemble des entretiens, Solène est la seule professionnelle qui explique avoir appris auprès des usagers. En ce sens, son positionnement s'inscrit pleinement dans la philosophie de la RdR. Son témoignage montre également que les usagers restent ouverts à la discussion :

So : Mes connaissances au niveau euh... drogues, se... basent à ce que m'ont dit les différents résidents que j'ai côtoyés [...]. J'ai appris comme ça : en voyant... c'est même eux qui m'ont expliqué ou : « Tel médicament, ben ça, ça fait les lèvres bleues. Ben ça, ça fait tels effets », voilà. Moi, j'ai appris avec les hébergés [...]. Finalement, c'est eux qui savent c'qui consomment et c'que ça fait. [...] Puis quand on demande comme ça, naturellement, et qu'on arrive pas avec nos gros sabots et notre mallette de docteur : y se confient volontiers. Donc j'dis : « Ben tiens, t'as déjà pris ça ? ». « Ouais ». « Et ça fait quoi ? ». Voilà, et puis y me répondent, y me répondent pas. Mais y m'ont jamais dit : « Ben non, j'veux pas te dire ».⁶⁶

En résumé, les usagers et les professionnel-le-s ont globalement du mal à se rencontrer. La démarche de RdR, basée sur la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience, serait de nature à les y aider. Pourtant, même à Carteret où les consommations sont tolérées, cela n'est visiblement pas si simple... **La socialisation de la RdR en CHRS ne comporterait-elle pas d'autres enjeux ?** C'est à cette question que nous allons essayer de répondre dans la quatrième et dernière partie de notre recherche.

65. Voir chapitre 3.2 (section 3.2.3).

66. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 39-40).

QUATRIÈME PARTIE : LA RDR À L'ÉPREUVE DES CHRS

Le monde ne marche que par le Malentendu.

– C'est par le Malentendu universel que tout le monde s'accorde.

– Car si, par malheur, on se comprenait, on ne pourrait jamais s'accorder.

Baudelaire (2016) *Mon cœur mis à nu*, p. 116-117

Chapitre 4.1 Réduction des dommages ou gestion des risques ?

4.1.1 Protection vs autonomie, sécurité vs liberté

Au démarrage de l'enquête à Carteret, le positionnement de Karim, le responsable, m'avait particulièrement interpellé. Pour rappel, lors de la réunion partenariale du 17 octobre 2017, ce dernier avait beaucoup insisté sur la nécessité de travailler à « l'après Carteret »¹. Ainsi, les résidents ne devaient pas seulement attendre que les intervenants de Pause Diabolo viennent à eux ; il fallait aussi qu'ils soient en capacité de se rendre au CAARUD. Cette approche s'appuie manifestement sur une logique d'activation, et traduit, à l'égard des usagers de drogues, une exigence de responsabilisation. Pour Karim, il s'agit au final de promouvoir l'autonomie des personnes... Cette question de l'autonomie est un élément central dans le projet d'établissement. En effet, celui-ci souligne que : « *l'accompagnement social et la recherche d'autonomie sont au cœur de la mission de Carteret* » (PE, *op. cit.*, p. 23). Partant de ce constat, je me suis intéressé à la place occupée par cette notion dans le discours des professionnel-le-s. Pour ce faire, j'ai réalisé une dernière analyse lexicale, en mettant cette fois-ci en tension le vocabulaire de l'autonomie avec celui de la protection. De plus, j'ai étudié simultanément un autre couple difficilement conciliable : sécurité vs liberté². Mon objectif était de repérer la tendance discursive globale entre ces quatre notions. J'ai analysé également le discours des professionnelles du CGR - 122 afin d'effectuer une comparaison. Au niveau de la méthode, j'ai procédé exactement de la même façon que pour l'étude du couple interdit / tolérance³. Nous pouvons visualiser les résultats dans le graphique ci-dessous⁴.

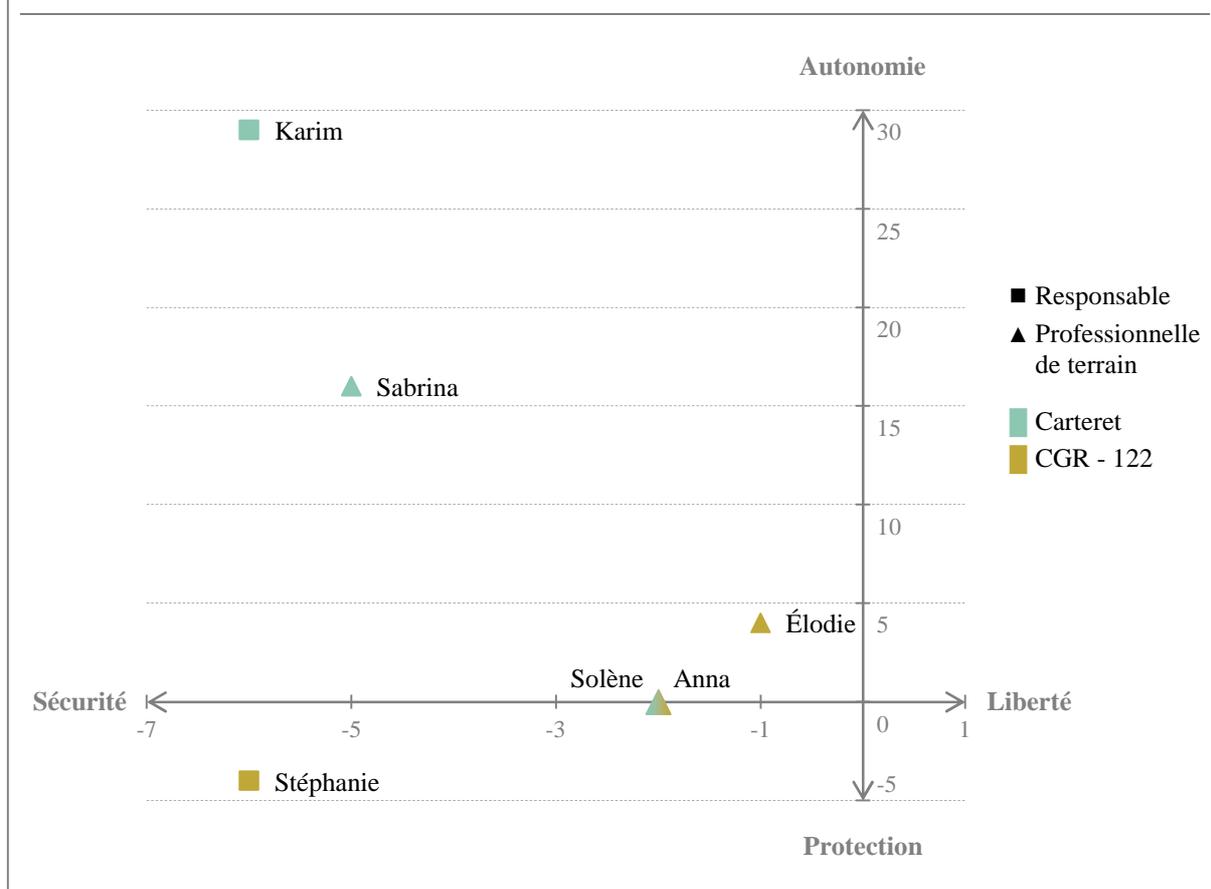
1. Voir chapitre 2.2 (section 2.2.1).

2. Je détaille les terminologies utilisées dans l'annexe 19.

3. Voir chapitre 3.1 (section 3.1.2).

4. Cette présentation sous forme de graphique pourrait suggérer que les notions présentées seraient forcément en opposition. Au contraire, l'enjeu est aujourd'hui de parvenir à les concilier entre elles.

Graphique 7 : Analyse lexicale : sécurité vs liberté, protection vs autonomie (comparatif du vocabulaire utilisé entre les différent·e·s professionnel·le·s de Carteret et du CGR - 122)



Afin de commenter ces résultats, nous devons apporter certaines précisions sur les couples que nous avons mis en tension. Depuis plusieurs décennies, le travail social connaît de profondes mutations. D'une part, l'impératif protectionnel, hérité du providentialisme, se voit couplé désormais à une injonction à l'autonomie pour les personnes accompagnées. D'autre part, les libertés individuelles doivent concilier avec des exigences sécuritaires au niveau collectif⁵. J'ai clairement perçu ces tensions durant l'enquête, notamment à Carteret (ce qui m'a d'ailleurs conduit à mener cette analyse lexicale). Dans ce contexte, la RdR apparaît comme une approche pertinente, en ce qu'elle permet justement – en l'occurrence sur la question de l'usage de drogues – de « faire tenir ensemble » ces impératifs contradictoires. C'est en ce sens que la démarche de RdR est susceptible de rétablir le dialogue entre les différent·e·s acteur·rice·s. D'après ces considérations, nous aurions pu nous attendre à ce que

5. Ces éléments sont constitutifs de ce que nous qualifierons, à la fin de ce chapitre, de nouveau « paradigme de l'accompagnement ». Je me réfère essentiellement ici aux enseignements qui nous ont été dispensés dans le cadre du master. Je pense notamment au cours de Bertrand Ravon, intitulé *Clinique de la relation d'aide et travail de care* ; et à la conférence de Gilles Herreros, à Liège...

le discours des professionnel·le·s de Carteret, qui revendiquent une approche de RdR, soient plutôt équilibré entre ces différentes notions. Or ce n'est pas le cas. Comment pouvons-nous le comprendre, et comment expliquer les différences entre les deux CHRS ?

► Nous pouvons constater que trois professionnelles de terrain se situent sur la même zone du graphique (Élodie, Anna et Solène). Toutefois, leur position, même lorsqu'elle est identique, ne revêt pas la même signification. Il existe en effet des différences significatives entre les établissements. Prenons l'exemple le plus flagrant, entre Anna et Solène. Ces deux professionnelles se situent exactement au même endroit sur l'axe des ordonnées (à zéro). En réalité, dans son discours, Anna ne parle ni d'autonomie ni de protection. Ces deux notions sont d'ailleurs peu interrogées au sein de l'équipe du CGR - 122. En revanche, Solène utilise un vocabulaire propre à ces deux champs lexicaux, et dans des proportions identiques. Son discours est donc équilibré. Il est intéressant de se rappeler que Solène est la professionnelle de Carteret se rapprochant le plus, dans son approche, de la philosophie de la RdR⁶.

► Parmi les professionnelles de terrain, Sabrina fait figure d'exception. On peut voir que son discours est très marqué du côté du couple autonomie / sécurité. Cette tendance est encore accentuée avec Karim. On retrouve bien, en ce qui le concerne, une rhétorique de l'activation et de la responsabilisation. Il est notamment revenu, dès le début de notre entretien, sur le passage du statut de CHU à celui de CHRS (en 2007). Il insiste ensuite sur le cadre de l'accompagnement proposé aujourd'hui à Carteret :

K : J'avais cette question de : les gens en CHRS, y peuvent pas rester. Du coup, ça a été un gros choc quand j'suis arrivé entre la pratique habituelle où on était plus sur un lieu de vie. Et moi qui venait de mon CHRS diffus [Régis en l'occurrence], en disant : ben ouais les gens peuvent pas rester à vie quoi. Et y a du boulot à faire. C'est pas juste les gens y font comme ils veulent. Et si y sont d'accord, ben on les accompagne ; si y sont pas d'accord pour le changement, on les laisse tranquille. Donc ça été un peu compliqué au départ [...]. Avant, j'pense qu'on n'expliquait pas assez le projet de Carteret. Du coup, les gens s'imaginaient que voilà : « Ouais, ben on passe là, on dort, on part, y a pas de souci ». Du coup, non, non : c'est vraiment un projet d'insertion et de sortie.⁷

► Concernant Stéphanie, son discours est principalement axé sur le volet sécurité. Ce constat peut s'expliquer par la taille du CGR - 122 qui, rappelons-le, accueille jusqu'à 193 personnes chaque soir (dont 168 dans le cadre de l'urgence). Dans ce contexte, et en tant que responsable, son souci premier est de garantir la sécurité du collectif.

6. Voir la fin du chapitre précédent.

7. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 10 puis 12).

4.1.2 Des CHRS sous contraintes

Qu'est-ce qui explique que les discours des professionnel·le·s de Carteret soient globalement orientés du côté de l'autonomie ? Pour répondre à cette question, il convient de distinguer les établissements par type d'agrément : CHU et/ou CHRS. Comme nous l'avons vu, le CGR - 122 est, pour l'essentiel, un CHU⁸. Carteret possède en revanche un agrément CHRS (même si l'établissement fait partie du parc « urgence »). Il s'avère que ce statut l'expose à des contraintes spécifiques. C'est ce que nous allons voir à travers une vignette extraite de mon journal de bord.

Le 14 décembre 2017, nous nous sommes donc rendus à Carteret, avec mon collègue Hassan, pour la réunion avec les résidents et les professionnel·le·s. Nous avions un peu d'avance sur l'heure prévue, et Karim nous a proposé de boire un café. Ce fût l'occasion d'échanger tous les trois, de façon informelle, sur l'actualité de nos services respectifs. L'ambiance était décontractée, d'autant qu'Hassan et Karim se connaissent bien. Ils travaillent ensemble depuis plusieurs années. Les échanges ont surtout porté sur les problématiques liées à l'hébergement. Hassan lui demanda notamment si des places étaient disponibles, sachant qu'il aurait bien voulu lui orienter un usager de Pause Diabolo. Karim répondit qu'il y avait quatre places de libres (deux pour « homme isolé », et une pour « couple »), tout en demandant le profil de la personne concernée. Mon collègue précisa qu'il s'agissait d'un consommateur de produits, d'origine géorgienne. « *Ah non ! Tu vas encore faire chuter mon taux de rotation !* », lança alors Karim sur le ton de l'humour. Il continua en expliquant les difficultés qu'il rencontrait avec la DDCS (leur financeur). Il déplorait en effet qu'il faille justifier, toujours davantage, les raisons d'une demande de renouvellement de prise en charge. Dans ces conditions, la durée de l'hébergement devient de plus en plus limitée.

Ici, nous ne savons presque rien de la personne qu'Hassan souhaite orienter. C'est un usager de drogues dont on ne connaît pas précisément les consommations. Par ailleurs, ses origines étrangères peuvent laisser supposer qu'il ne parle pas bien le français. Ces seuls éléments suffisent pourtant à susciter une forme de réserve chez Karim. En effet, sa remarque sur le « taux de rotation » des personnes hébergées n'est pas anodine. Derrière l'humour se cache à l'évidence une réalité, celle que décrit par ailleurs très bien Patrick Declerk :

8. Voir chapitre 2.3 (section 2.3.1).

« Un “bon” centre, c’est-à-dire un centre qui trouvera plus facilement à assurer la continuité de son financement, est un centre qui “tourne” [...]. Le profil idéal d’un bon “entrant” étant d’offrir un maximum de garanties de devenir rapidement un bon “sortant”... » (Declerk, 2005, p. 96).

Il est clair que les consommations, auxquelles s’ajoute la barrière de la langue, ne font pas de notre usager le candidat idéal pour l’hébergement. Sans doute que les difficultés qu’il rencontre sont susceptibles de freiner ses démarches d’insertion. Pour autant, Karim n’est pas opposé à l’accueil de ce type de public. Il suggère plutôt la nécessité d’un accompagnement dans la durée, alors même qu’il n’est plus en mesure de le garantir.

Cette contrainte concernant la durée des prises en charge a pour conséquence principale une exigence accrue d’autonomie à l’égard des personnes accompagnées. À Carteret, c’est le passage du statut de CHU à celui de CHRS qui explique en partie ce changement. Depuis 2007, les pratiques professionnelles ont effectivement beaucoup évolué. Karim le reconnaît d’ailleurs volontiers : « *On est à vingt sorties par an sur un effectif de trente-quatre. Du coup, ça modifie l’accompagnement* »⁹. L’autonomie est devenue le cœur de l’organisation du travail social, à Carteret et plus généralement dans les CHRS. Nous sommes passés en effet, entre les années 1970 et 1980, de l’aspiration à l’autonomie, qui caractérisait la philosophie éducative traditionnelle, à « l’autonomie comme condition » (Ehrenberg, 2010a, p. 257). Ainsi, la demande implicite adressée aux personnes est d’être autonome avant même leur entrée en CHRS...

Qu’est-ce qu’implique le paradigme de l’autonomie dans la prise en compte des addictions ? Quelles en sont les conséquences sur la manière dont les professionnel·le·s de Carteret se saisissent de la RdR ? Celle-ci est-elle mise en œuvre au bénéfice des usager·ère·s de drogues, dans une perspective humaniste ? La question s’était déjà posée lorsque nous avons étudié les registres de la morale et de la reconnaissance¹⁰. Nous allons maintenant essayer d’y apporter une réponse...

9. Extrait de l’entretien du 29 novembre 2017 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 16).

10. Voir les résumés des sections correspondantes, aux pages 89 et 102.

4.1.3 Une tendance à la gestion des risques

- *Tolérer les consommations et/ou les accompagner ?*

À plusieurs reprises, nous avons pointé le fait que les consommations étaient « reconnues » au sein de Carteret. Pour autant, sont-elles véritablement prises en compte ? Je me suis en fait aperçu, au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête, que l'usage de produits n'était pas réellement accompagné. En effet, les consommations font l'objet d'une intervention de la part des professionnel-le-s, uniquement dans le cas où elles engendrent des conséquences visibles et négatives. Ces dernières s'entendent sur le plan individuel, mais surtout au niveau du collectif. Lors de notre entretien, le chef de service explique clairement qu'il s'agit d'un positionnement institutionnel :

K : On va pas intervenir directement sur la consommation, au départ. On va intervenir si ça pose souci, si au niveau santé ben ça pose une grosse problématique, là on va commencer à discuter de la consommation. Si le six du mois, y a plus de sous, comme ça pose problème pour la sortie du budget, là on va commencer à travailler ça [...]. Après on pourra l'aborder aussi pour que la personne en disant ben attention, là les consommations, regarde ton état de santé, euh... voilà. Ça peut être dangereux, mais elle viendra pas directement du coup. On utilise les trucs un peu, les portes d'entrée de la société... Comme chacun peut habiter dans un appartement : si y a pas de problème, y a pas de problème. Si y gère, si y consomme, si y a pas de bruit, si son appartement est tenu : y a pas de souci. Si y se réveille le matin, il a un boulot, il le tient. Voilà. Là-dessus, on va pas... l'idée c'est pas que la personne arrête. Voilà.¹¹

Ici, Karim s'inquiète avant tout de l'impact des consommations sur l'insertion sociale de la personne (gestion du budget, entretien du logement, maintien de l'emploi). Il aborde aussi les conséquences sur la santé, mais ce n'est pas ce qu'il met en avant. L'approche des CAARUD qui, rappelons-le, sont des établissements médico-sociaux, est très différente. En effet, les intervenant-e-s en RdR se préoccupent en priorité de la santé des usager-ère-s (même si cette notion est entendue au sens large).

En outre, et toujours dans ce CHRS, les conséquences d'ordre individuel sont associées constamment au risque d'impact sur le collectif. Pour Sabrina, ces deux aspects sont indissociables lorsqu'elle intervient sur une situation :

Sa : Moi j'interviens à un moment donné sur une situation parce que j'estime que là, y a de l'abus, et que là, y faut quand même poser des limites : intervenir, pour permettre à la personne de ne pas se mettre en danger, pas mettre en danger aussi les autres (parce que c'est toujours dans cette idée).¹²

11. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (*ibid.*, p. 15).

12. Extrait de l'entretien du 16 avril 2018 (*ibid.*, p. 29).

Nous pouvons ainsi constater que les professionnel·le·s de Carteret ont tendance à raisonner en termes de risques. Aussi s'agit-il d'assurer en priorité la sécurité du collectif, et de répondre aux objectifs d'insertion. Or ces impératifs prévalent manifestement sur le souci de protection des individus. Sur ce point, il est intéressant de s'attarder sur le sens des mots... Nous considérerons en effet, dans une perspective pragmatiste, que : « *l'accord sur la signification des mots dépend [...] d'un accord dans l'action* » (Madelrieux, *op. cit.*, p. 82). Or, durant l'enquête, je me suis rendu compte que certains mots ne se définissaient pas de la même façon en CHRS et en CAARUD. C'est notamment le cas du mot « abus » et du verbe « gérer ».

À Carteret, et Sabrina vient d'en témoigner, les professionnel·le·s parlent beaucoup d'*abus* au sujet des consommations. Cette notion était déjà présente dans le CROSMS qui date de 2007. Le passage concerné confirme que l'abus se définit uniquement au regard de l'impact des consommations sur le collectif :

« L'abus est une notion très personnelle, en dehors de toute approche au regard de la santé dans un premier temps. Pour expliquer cela, un exemple simple et vécu : Durant l'été 2003, nous avons accueilli un homme capable de boire 50 bières en une journée, sans qu'il soit pour autant dans un état tel qu'il mette en danger le collectif. Par contre, après la 51ème, il devenait insupportable. La 51ème bière était donc interdite... Bien sûr, les travailleurs sociaux ne comptaient pas les bouteilles mais lui, savait... » (CROSMS, 2007, p. 7)

Au contraire, pour les intervenant·e·s en CAARUD, l'abus se définit exclusivement sur le plan des conséquences – pour l'individu – d'un usage excessif.

Une autre différence concerne donc la signification du verbe *gérer*. En CAARUD, et comme nous l'avons vu précédemment, le fait de « gérer » ses consommations revient à réduire les risques¹³. Pour les professionnel·le·s des CHRS, en revanche, une personne « gère » ses consommations à partir du moment où celles-ci n'ont pas de conséquences visibles, et ne viennent pas entraver la dynamique de l'accompagnement. Sur ce point, et alors que nous échangeons sur la question de l'indicible, c'est le discours des professionnel·le·s de l'Apus qui est le plus éloquent :

O : On peut imaginer que dans un CHRS diffus, si la personne veut pas en parler [de ses consommations, notamment d'alcool] (ce qui arrive *a priori* assez souvent), elle peut s'abstenir

13. Voir chapitre 1.1 (section 1.1.2).

de consommer durant l'heure qui précède votre arrivée pour ne pas se montrer sous l'effet des produits. Mais ça aide pas pour en parler du coup...

F : Mais si elle fait ça, c'est pas un problème.

B : C'est qu'elle gère.

F : Ouais !

B : C'est qu'elle gère.

F : Mais c'est pas... Il y a des personnes qui en sont pas là. On arrive : elles sont dans un état euh... tu peux pas bosser. Tu peux même pas avoir un échange. Donc qu'est-ce qu'on fait ?¹⁴

Ainsi retrouvons-nous, au sujet des addictions, une injonction à l'autonomie. Précisons que l'autonomie dont il est question se réfère à une certaine conception de l'individualisme, celle qui nous vient des États-Unis. En effet, cette conception repose sur la promotion d'un individu libre et autonome, apte à se gouverner lui-même. Elle s'inscrit, au départ, dans « *le cadre libéral de la culture politique américaine qui accepte les conduites privées, même dangereuses, si elles n'ont pas de conséquence sur autrui* » (Ehrenberg, 1995, p. 96-97). C'est précisément ce que nous avons constaté durant l'enquête, notamment à Carteret. Dans ce contexte, nous comprenons mieux que ce soit l'alcool qui préoccupe les professionnel·le·s, sachant qu'une consommation excessive peut avoir un fort impact sur la vie du collectif. Durant notre entretien, Francis soulignait la différence qui existe à ce niveau avec les autres drogues :

F : Quand t'es toxicomane, tu fais chier personne. Tandis que les alcooliques : oh put... [...] Un mec toxicomane : il fait chier personne le mec. Le mec, il est dans son coin, il tape du nez... il demande rien [*il insiste sur le mot*].¹⁵

Si l'autonomie vis-à-vis des consommations est donc une condition du *vivre ensemble*, elle se présente aussi, à l'égard des usagers, comme une condition de leur accompagnement social. Dans tous les cas, l'individu est bel et bien saisi, par les professionnel·le·s, comme étant « *le gestionnaire privilégié sinon exclusif de ses risques* » (Chantraine et al. Entretien avec Robert Castel, 2007, p. 7)¹⁶.

14. Extrait de l'entretien du 20 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 178).

15. Extrait de l'entretien du 29 mars 2018 (*ibid.*, p. 216).

16. Notons que Castel avait repéré ce glissement vers la gestion des risques, il y a bientôt quarante ans, en étudiant notamment l'évolution des stratégies préventives en médecine mentale (voir à ce sujet Castel, 1983). Il insistait déjà, à cette époque, sur la tendance qui consistait à mettre l'accent sur la responsabilité individuelle. Sa sociologie s'est donc avérée visionnaire de notre présent...

- *L'autonomie sous conditions*

J'ai cherché à connaître le vécu des usagers autour de cette autonomie comme condition, qui concerne donc à la fois l'accès à l'hébergement, les démarches d'insertion sociale, et la question des consommations. Parmi les usagers que nous avons rencontrés, Gaëtan exprime clairement son ressenti à ce sujet. Son discours montre qu'il a totalement intégré les missions du CHRS autour de la réinsertion (les professionnel·le·s les lui ayant rappelées à maintes reprises). Dans ce cadre, il a conscience que ses consommations de drogues ne doivent pas faire obstacle à ses démarches :

G : [...] Si ça continue comme ça, c'est dehors aussi en même temps hein. Si je continue comme ça, c'est : « Allez casses-toi, va te défoncer ailleurs hein ». Si c'est pour être ici, et puis être défonc... ben. Si ça se voit pas trop encore, y peuvent me garder tu vois. Enfin je pense, je pense... après je sais pas. Mais c'est sûr si tous les jours, j'suis à balle de balle... les mecs y vont s'dire : « Mais qu'est-ce qui vient foutre dans un CHRS ». Les CHRS déjà, j'sais jamais, ça veut dire quoi déjà ?

O : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

G : Voilà, la réinsertion. C'est pas ça la réinsertion de s'défoncer tout le temps. Et déjà, justement, si j'ai un addictologue, c'est parce que j'ai envie de... de me calmer. Oh, ça s'fait pas en cinq minutes. Je pense que ça se fera tranquillement.¹⁷

Ce temps pourra-t-il seulement lui être accordé ? Sans doute que non, au vu de la durée de plus en plus courte des prises en charge. Le temps représente pourtant une condition de l'autonomie... Ce point mérite notre attention, car si l'autonomie-condition est aujourd'hui, de fait, notre lot commun, Castel pose la question des « *conditions nécessaires pour que l'autonomie puisse devenir véritablement une autonomie comme condition* » (2010, p. 10). Pour lui, qui plus est, l'égalité des opportunités doit succéder à l'égalité des protections¹⁸, sans quoi l'injonction à l'autonomie peut disqualifier l'individu qui n'a pas la capacité de satisfaire à cette exigence¹⁹. Dans ce contexte, il convient d'aider les usagers à réunir les conditions de leur autonomie. Le rôle des professionnel·le·s est évidemment important à ce niveau... Encore leur faut-il rencontrer les usagers – nous y revenons –, pour engager une relation de confiance avec eux. L'enjeu, sur cette base, est de recréer les attachements nécessaires au « développement » psychosocial de l'individu, en ayant une conception relationnelle de l'autonomie. Ainsi, à la condition du temps nécessaire à l'accompagnement s'ajoute la question de la posture relationnelle, laquelle relève nécessairement de l'éthique du *care*.

17. Extrait de l'entretien du 22 mars 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 71).

18. Notons que l'autonomie, en France, passe traditionnellement par les protections de l'État-social.

19. Je fais ici référence à la controverse entre Castel et Ehrenberg à propos de *La société du malaise* (Ehrenberg, 2010a). Voir à ce sujet Castel, 2010 et Ehrenberg, 2010b.

Concernant les usagers, il est intéressant de constater qu'ils sont souvent en attente d'un tel positionnement. C'est ce qu'exprime merveilleusement bien Gaëtan :

O : Et j'me demandais si l'équipe abordait la question des consos, te concernant ou de manière générale.

G : Oui. En fait, quand je vais trop trop loin. Pendant un temps, là c'est vrai que pendant trois semaines : j'étais à fond de cocaïne. J'leur ai pas dit que j'en prenais. J'en parlais à d'autres personnes : ben à mon addictologue et à mon psy. Mais pas à eux [...]. Et donc, c'est vrai que l'équipe, quand y voient que je suis trop speed et puis que... quand y voient qu'j'suis défoncé tout simplement. Et ben y m'le parlent et y me font : « Faut te calmer, faut te calmer, faut te calmer ». Et beaucoup, mais vraiment tous les jours et régulièrement. Ça vient même tout le temps : chaque fois qu'y te voient. Ouais c'est vrai, y mettent bien le holà. Y disent bien ce qui est à dire et tout, ouais.

O : Oui, c'est pas un truc anecdotique quoi, qu'y te disent de temps en temps. Non, non, c'est : ils l'ont en tête, c'est un souci...

G : VOILÀ, c'est bien ça, c'est bien un souci pour eux. Voilà : exactement. Là, c'est bien dit c'que tu dis. Bien joué Olivier. C'est ça : c'est un souci pour eux. Et là, depuis que j'prends pas de cocaïne, y m'ont pas dit... si ! Y me disent de temps en temps : « Fais attention avec l'alcool ». Mais sinon, c'est moins que le mois dernier par exemple où y me disaient : « Ah tac, tac tac tac tac ». En gros, c'est comme si c'était une mère qui disait à son fils : « Stop, stop, stop » quoi. Ça veut dire ça plutôt.²⁰

4.1.4 Vers une pratique de *care*²¹

D'après notre enquête, les professionnel·le·s de Carteret se réclament d'une démarche de RdR qui répond en priorité à une logique de gestion des risques. Nous avons en effet constaté que l'accent est porté sur la sécurité du collectif, au détriment de la liberté et de la protection des individus. Si les usagers, dans ce contexte, en appellent au *care*, qu'en est-il des professionnel·le·s ?

Pour répondre à cette question, mettons en parallèle l'évolution des modalités d'intervention en RdR avec celle du travail social en général, et donc notamment en CHRS (tableau ci-dessous). Même si les temporalités sont différentes, les modalités d'intervention en RdR et en CHRS ont évolué dans le même sens, sachant que le travail social, dans son ensemble, présente une tendance à la gestion des risques. La RdR, au sens large, devient donc aujourd'hui un modèle d'intervention qui dépasse la seule question des addictions...

20. Extrait de l'entretien du 22 mars 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 61-62).

21. J'utilise ce concept en référence à Joan Tronto. Je présente les caractéristiques du *care* à la page 120.

Tableau 17 : Évolution des modalités d'intervention en RdR et en CHRS²²

MODALITÉS D'INTERVENTION EN RDR		MODALITÉS D'INTERVENTION EN CHRS	
À partir des années 1980	Caractérise la fin du XX ^e siècle	Caractérise la période des trente glorieuses	À partir des années 1980
↙	↘	↙	↘
Réduction des dommages	Gestion des risques	Modèle éducatif	Paradigme de l'accompagnement
↓	↓	↓	↓
Réduction des méfaits au niveau individuel (Réponse aux besoins individuels - Pragmatisme - Humanisme)	Réduction des risques au plan collectif (objectif de neutralisation)	Techniques psychopédagogiques de « réparation »	Pragmatique des attachements
Santé communautaire	Institutionnalisation	Autonomie-horizon	Autonomie-condition
Militantisme bénévole	Professionnalisation	Relation dissymétrique	La relation comme objet même de l'intervention
		Prise en charge dans la durée	Présent de la situation
		Impératif protectionnel	Impératif de sécurité
		Responsabilité « socialisée »	Responsabilité individuelle
		Progrès social	Gestion des risques
		État providence	État social actif
↑	↑		↑
Le « prendre soin »	Théories du care		Théories du care

Il convient d'apporter une précision. Comme nous l'avons vu précédemment, Quirion parle d'« internormativité » entre la vision humaniste de la RdR et la gestion des risques (Quirion, 2012)²³. On retrouve un phénomène similaire entre le modèle éducatif et le nouveau paradigme de l'accompagnement. En effet, et de façon générale, les travailleur·euse·s sociaux·ales restent partagé·e·s entre ces deux modalités d'intervention. Castel souligne d'ailleurs leur ambivalence à l'égard de la notion d'autonomie :

« De fait, ces opérateurs qui affrontent au quotidien la souffrance sociale demeurent attachés à l'idée de protection (qui, jusqu'à preuve du contraire, en appelle à l'État et aux institutions) car ils savent bien que leur clientèle est trop fragile pour pouvoir réaliser par elle-même et sans supports objectifs cette autonomie à laquelle ils s'efforcent en même temps de les faire accéder » (Castel, 2010, p. 8)

22. Sources : Castel (2010), Ehrenberg (2010 a et b), Quirion (2002), Ravon (2017), Tronto (2008, 2012).

23. Voir chapitre 3.2 (section 3.2.2).

Dans ce contexte, et pour en revenir à l'enquête, c'est Solène qui exprime le plus cette ambivalence. Face aux contraintes propres au CHRS, elle insiste notamment sur la nécessité de respecter la temporalité de chacun :

So : À un moment donné, y faut qu'on leur laisse aussi des possibilités d'évoluer à leur rythme parce que sinon... c'est TROP, c'est trop de pression. Tu peux pas mettre trop de pression à quelqu'un qui sort de la rue. Et déjà, venir dans un logement, et ne serait-ce que l'entretenir ; et toi, prendre soin de toi : c'est déjà énorme. Si après on te dit : « Tu laves ta chambre, t'as une visite de chambre, tu fais tes lessives, tu te changes, tu vas bosser, tu fais des cours de français, tu viens manger, tu prends tes médicaments », mais euh... y en a, on les fait péter quoi.²⁴

Ici, l'enjeu de l'accompagnement n'est pas d'aider la personne à changer, mais d'éviter que sa situation se dégrade. Pour ce faire, Solène témoigne d'un travail de *care* où l'idée de protection, au sens strict du terme, cède le pas à la notion de « prendre soin ». Dans cette approche, elle intègre la question des consommations. En effet, et comme nous l'avons vu, elle essaye autant que possible de se mettre à la place des consommateurs, de comprendre ce qu'ils vivent. De plus, elle ne cache pas sa méconnaissance concernant les drogues mais travaille avec l'expérience des usagers, ce qui participe d'une forme de reconnaissance²⁵. Cette conception du travail d'accompagnement la rapproche de la RdR dans sa dimension humaniste. Solène se démarque ainsi des autres professionnel·le·s.

L'enquête montre finalement qu'une plus grande prise en compte de la RdR, par les professionnel·le·s des CHRS, peut passer par le *care*. En outre, notre analyse révèle que la socialisation de la RdR renvoie plus largement aux modalités d'interventions qui ont cours dans les centres d'hébergement. Mis à part Solène, la manière dont les professionnel·le·s se saisissent de la RdR, en l'occurrence plutôt du côté de la gestion des risques, est susceptible de les réinterroger sur leurs pratiques d'accompagnement en général. J'en fais ici une nouvelle hypothèse. C'est aussi en cela que les CHRS sont à l'épreuve de la RdR.

Mais le mouvement inverse existe aussi, sachant que les CHRS confrontent la RdR à son risque de glissement vers la gestion des risques. Que reste-t-il finalement de la vision humaniste de la RdR ? La RdR en CAARUD relève-t-elle aujourd'hui d'un travail de *care* ? Où en sommes-nous, à cet égard, dans nos pratiques d'accompagnement à Pause Diabolo ? C'est ce que nous allons voir dans le dernier chapitre.

24. Extrait de l'entretien du 25 avril 2018 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 52).

25. Voir chapitre 3.3 (section 3.3.3).

Chapitre 4.2 « Retour » à Pause Diabolo par le prisme du *care*

4.2.1 La RdR à l'épreuve de sa socialisation

Pour comprendre précisément en quoi la RdR est à l'épreuve des CHRS, il convient de revenir sur les principales étapes de sa socialisation. En effet, la RdR a toujours été, d'une certaine façon, à l'épreuve de sa socialisation – d'abord dans le champ restreint de la toxicomanie, puis dans le travail social en général (et en l'occurrence dans les CHRS). C'est ce que nous allons voir à présent.

Au départ, la RdR s'est construite en opposition avec le soin traditionnel. Elle s'est illustrée, pendant longtemps, dans la figure du « contre »... Ainsi a-t-elle pu se définir, en partie, à travers ce qu'elle n'était pas. La controverse était permanente. Sur ce point, et depuis la refonte des dispositifs spécialisés, dans les années 2000²⁶, les différent·e·s protagonistes de l'addictologie s'accordent à dire qu'il existe une vraie complémentarité entre les missions respectives des CAARUD et des CSAPA. Il faut dire que l'institutionnalisation et la professionnalisation de la RdR ont eu pour conséquence une forme de « normalisation » du dispositif, lequel jouissait dès lors d'une certaine reconnaissance. Les CAARUD rentraient notamment dans la catégorie des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS). Dans ce contexte, et de façon plus générale, les intervenant·e·s en RdR ont été confronté·e·s au nouveau paradigme de l'accompagnement. Une forme de méfiance est apparue à l'égard du travail social traditionnel, et s'est cristallisée autour de la notion de *care*. J'ai pu l'observer à Pause Diabolo dès mon arrivée dans le service, en 2009. J'ai d'abord relevé une tendance qui consistait à s'approprier tout ce qui pouvait s'apparenter au *care*. Tout se passait en effet comme si nous étions les seul·e·s capables de prendre soin de « nos usager·ère·s »... Nous avions alors du mal à passer le relais aux institutions classiques du travail social, par crainte que nos usager·ère·s soient malmené·e·s par les partenaires. Par la suite, et au fil du temps, je me suis rendu compte que nos pratiques d'accompagnement rejoignaient manifestement celles du travail social en général, ce qui générait une forme d'agacement chez les plus militant·e·s d'entre nous. En quelque sorte, nous n'avions plus le monopole du *prendre soin*... « *En RdR, on n'a pas attendu la loi 2002 pour placer les*

26. Ce qui correspond, entre autres, à l'institutionnalisation du dispositif de RdR. À ce sujet, voir à nouveau l'annexe 16 sur l'histoire de la prise en charge des usager·ère·s de drogues en France.

usagers au centre, et pour prendre soin d'eux en respectant leurs choix »²⁷, ai-je souvent entendu. Sauf que les modalités d'intervention n'étaient pas exactement de la même nature. Comme nous l'avons vu, la RdR émerge dans l'histoire de l'intervention en santé publique au moment même où le paradigme de l'accompagnement apparaît dans le travail social. Or les militant·e·s de la RdR faisaient référence à la philosophie humaniste de la RdR, mais celle-ci ne relevait pas du *care* à proprement parler. Il s'agissait plutôt d'une forme de préfiguration du travail de *care*, lequel s'est donc développé dans le travail social en général.

Aujourd'hui, et d'après notre analyse, la socialisation de la RdR en CHRS rappelle aux intervenant·e·s des CAARUD la tendance globale du travail social à la gestion des risques. Dans ce contexte, nous pouvons reprendre, pour le compte des intervenant·e·s en RdR, la question que pose Tronto dans son livre : *Le risque ou le care ?* (2012). Or les usager·ère·s des CAARUD, tout comme ceux·elles des CHRS (qui sont souvent les mêmes), en appellent désormais au *care*. **Cette éthique, qui « compose en permanence avec la vulnérabilité et le besoin » (ibid., p. 46), peut permettre à la RdR de ne pas perdre sa philosophie humaniste initiale.**

Pour autant, les pratiques d'accompagnement à Pause Diabolo en témoignent-elles ? C'est ce que nous allons voir en nous intéressant aux nouvelles orientations fixées par l'ARS.

4.2.2 Du matériel sans accompagnement, une nouvelle orientation de la RdR ?

Depuis quelques années, l'accent est porté davantage sur l'accessibilité, en tant que telle, du matériel de RdR. Il s'agit d'une orientation encouragée par l'ARS. Pour poursuivre cet objectif, deux dispositifs ont été mis en place à Pause Diabolo : le Programme d'Échange de Kits en Officine (PEKO) et « SOS Matos ». Je vais présenter les caractéristiques de chacun d'eux.

► PEKO a été initié par le CAARUD *Ruptures* en 2002. Pause Diabolo a été associé à ce programme en 2013, avec l'objectif de le développer. Il consiste à mettre gratuitement des Steribox[®] à disposition dans les pharmacies, avec un souci porté à la récupération des kits souillés. Ainsi, les pharmacien·ne·s peuvent également distribuer aux usager·ère·s des petits

27. En référence à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

containers de récupération. Certaines officines vont jusqu'à proposer la collecte des DASRI²⁸, auquel cas nous en assurons la gestion en lien avec un prestataire extérieur. En 2018, le réseau PEKO comptait vingt et une pharmacies partenaires sur l'ensemble du territoire de la Métropole de Lyon. J'ai porté cette action, pour notre CAARUD, jusqu'en novembre dernier.

► Concernant SOS Matos, c'est un dispositif que nous avons créé en 2011. Il s'agit d'une ligne téléphonique dédiée où l'on peut nous joindre, durant les heures d'ouverture du service, afin de passer une « commande » de matériel. Nous fixons un lieu de rendez-vous avec la personne, ce peut être son domicile ou un endroit public. Nous allons ensuite la livrer, à pied ou en voiture. En cas d'éloignement géographique, la livraison peut faire l'objet d'un envoi postal. Ce service a été pensé pour les personnes qui ne peuvent pas, ou ne veulent pas, se rendre à Pause Diabolo. Il a complété pendant plusieurs années le programme national de « RdR à distance », proposant également l'envoi de matériels de consommation²⁹.

Avec ces modalités d'accès au matériel, la relation que nous avons avec l'utilisateur est extrêmement limitée, voire inexistante. Je me suis donc occupé de PEKO pendant plus de cinq ans, sans jamais avoir rencontré les personnes ayant recours à ce dispositif. Ces dernières sont bien sûr en contact avec le pharmacien·ne, d'autant que l'adhésion au programme est de nature à faciliter leurs relations. Toutefois, leurs échanges restent généralement très sommaires. Les pharmacien·ne·s nous ont notamment fait la demande d'un flyer présentant le dispositif, sachant qu'il·elle·s n'avaient pas toujours le temps d'expliquer son fonctionnement aux usager·ère·s. Quant à SOS Matos, j'ai effectué de multiples livraisons au fil des années. Dans l'immense majorité des situations, l'échange que nous avons avec la personne est très rudimentaire. Il s'agit surtout de vérifier avec elle de ne rien avoir oublié...

La RdR peut-elle s'envisager « à distance » ? Peut-elle réellement se dissocier de la relation d'accompagnement ? Ces questions étaient à l'ordre du jour de la première journée « inter CAARUD », organisée à Saint-Étienne le 26 septembre 2017. Depuis, ces rencontres ont lieu deux fois dans l'année, et consistent en un échange de pratiques. Les CAARUD de toute la région Auvergne-Rhône-Alpes y sont conviés. Nous discutons donc, à Saint-Étienne, de ces nouveaux dispositifs. Ces derniers ne permettaient pas d'accompagner suffisamment les usager·ère·s dans leurs pratiques de consommation, selon certain·e·s participant·e·s. D'autres

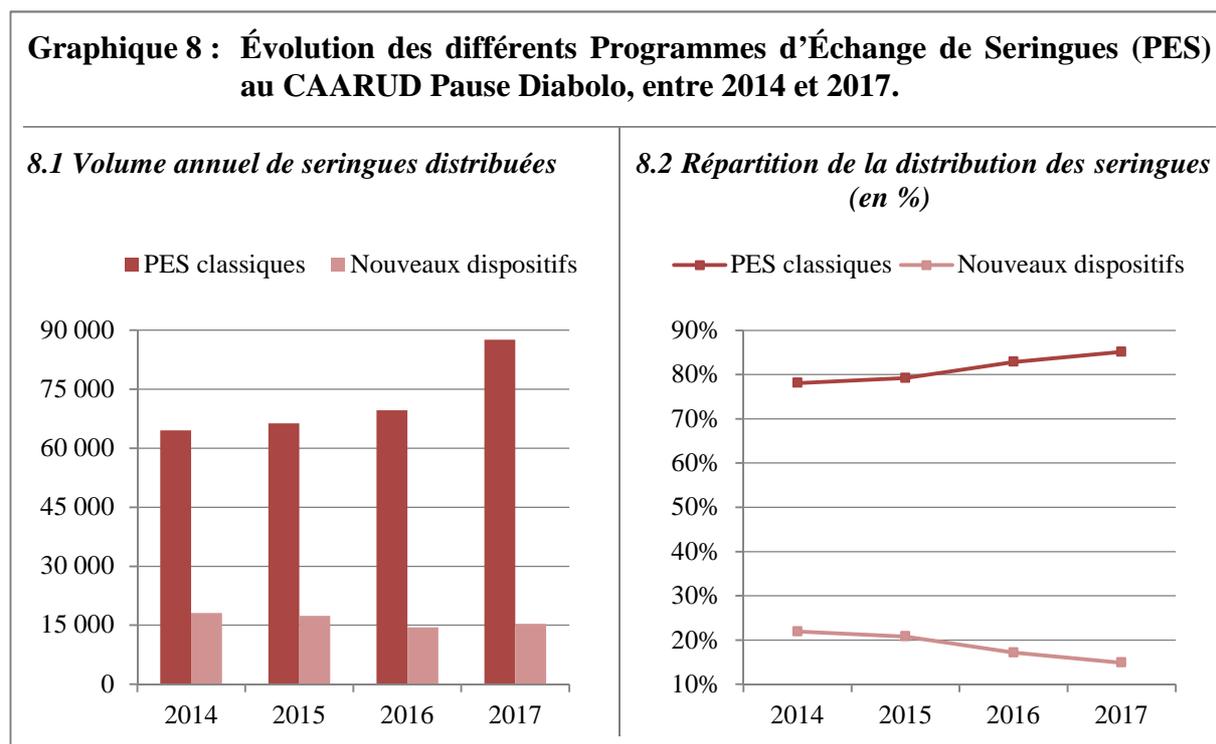
28. Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

29. Le site dédié de l'association SAFE présente en détail ce programme : <https://rdr-a-distance.info/>

parlaient de la RdR comme étant aussi une façon d'être en lien avec l'autre, une sorte de modalité relationnelle. Dans tous les cas, l'accès au matériel ne pouvait se suffire à lui-même. En réponse, la position d'un chef de service m'avait étonné : « *ce que cherchent ces personnes, ce n'est pas la relation, mais bien du matériel* », disait-il³⁰. Cette remarque m'avait laissé dubitatif.

Dans le cadre de ce « retour » à Pause Diabolo, j'ai prolongé l'enquête en étudiant l'évolution de ces nouveaux dispositifs d'accès au matériel. Pour ce faire, j'ai centré mon analyse sur les seringues (toutes contenances confondues³¹). J'ai comparé l'évolution des différents Programmes d'Échange de Seringues (PES), entre 2014 et 2017, selon qu'il s'agisse des PES classiques ou des nouveaux dispositifs (tableaux ci-dessous). Précisons que les PES classiques correspondent au matériel distribué en « boutique » et lors du travail de rue. Ils reposent ainsi, contrairement aux nouveaux dispositifs, sur un travail relationnel de proximité avec les usager·ère·s.

Graphique 8 : Évolution des différents Programmes d'Échange de Seringues (PES) au CAARUD Pause Diabolo, entre 2014 et 2017.



30. Extrait de mon journal de bord.

31. La contenance des seringues ordinaires varie de 1 à 20 ml. Nous proposons également au CAARUD des seringues de couleurs de 1 ou 2 ml (que l'on nomme Nevershare®).

De façon générale, nous pouvons constater que le volume annuel de seringues distribuées dans le cadre des PES classiques est beaucoup plus important que celui des nouveaux dispositifs (tableau 8.1). En moyenne, entre 2014 et 2017, 82 % des seringues ont ainsi été distribuées en « boutique » ou lors du travail de rue, contre seulement 18 % par le biais des pharmacies ou du dispositif « SOS Matos » (tableau 8.2). En outre, le volume de distribution des PES classiques est en constante augmentation, avec même une hausse significative entre 2016 et 2017. En revanche, la quantité de seringues distribuées par l'intermédiaire des nouveaux dispositifs a tendance à baisser.

Précisons que le programme PEKO a été développé en direction des personnes qui ne fréquentent pas les CAARUD. Notre intention était effectivement de toucher un public plus large. Mais dans les faits, et d'après les retours que nous font les pharmaciens, ce sont principalement les usagers de Pause Diabolo qui utilisent ce programme en complément des PES classiques. Le constat est sensiblement le même concernant « SOS Matos »³². Dans ces conditions, ces nouveaux dispositifs ont du mal à se développer. Du reste, ils pourraient donner l'impression d'un retour en arrière... En effet, les boutiques de RdR ont été ouvertes devant l'insuffisance des seuls distributeurs automatiques de seringues. Il s'agissait bien, pour les associations, de ne pas se limiter à la délivrance de matériel, mais d'y associer un caractère relationnel³³. Aujourd'hui, de par l'utilisation qui est faite des différents dispositifs, les usagers nous montrent que ce besoin reste bel et bien d'actualité. Dans un contexte marqué par une logique de gestion des risques, et au regard des résultats de notre enquête, il convient d'insister sur l'importance de la relation dans une démarche de RdR (en CHRS comme en CAARUD).

4.2.3 Les seringues comme support à la relation

Les seringues, les outils de filtration, les produits et les TSO ont peuplé notre terrain d'enquête. Ces « acteurs non-humains »³⁴ sont importants en RdR et ont bien sûr une utilité en soi. Mais c'est aussi autour de ces objets que les acteurs humains peuvent se rencontrer, et tisser une relation. En ce sens, nous pouvons regretter qu'il n'y ait pratiquement

32. Nous pourrions nous interroger ici sur les raisons qui expliquent les difficultés qu'ont les CAARUD à toucher de nouveaux publics, mais ce serait l'objet d'une autre recherche. Par ailleurs, je ne renie pas l'intérêt de l'accès au matériel par envoi postal dans les territoires, notamment ruraux, qui ne disposent pas de CAARUD...

33. Voir chapitre 1.1 (section 1.1.1).

34. En référence à la notion initiée par Michel Callon et Bruno Latour.

plus de distribution de matériel à Carteret. Les usagers s'en procurent ainsi dans les CAARUD, et ont tendance à le dissimuler aux yeux des professionnel·le·s du CHRS. Ces dernier·ère·s n'ont donc pas conscience de la réalité des consommations. À titre d'exemple, j'avais demandé à Karim, le chef de service, si les résidents pouvaient avoir un container dans leur chambre. « *Oui, mais aujourd'hui, on l'a plus ça* », m'avait-il répondu³⁵. Pourtant, Gaëtan m'a montré son propre collecteur de récupération. Celui-ci était placé discrètement sous le lavabo de la salle de bain...

Mais une attention exclusive portée au matériel ne favorise pas davantage la relation. La logique de gestion des risques, en CAARUD, peut en effet aboutir à une forme de technicité de la RdR au détriment de l'accompagnement. Sans doute s'agit-il, pour les intervenant·e·s en RdR, d'un point de vigilance à avoir. Car comme l'indique Pierre Chappard³⁶, « *quand la distribution de seringues est le seul lien qui subsiste entre intervenants et usagers, c'est tout le dispositif qui se vide de son sens* » (2008, p. 3). Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, ce risque existe³⁷. Or si la RdR s'apparente désormais, d'une certaine manière, à l'autonomie-condition, encore faut-il suivre la voie ouverte par Castel... En effet, l'usager·ère est à même de nommer ses pratiques et ses usages, de les évaluer, d'en mesurer les bienfaits et les risques, pour peu qu'on lui en donne les moyens. La démarche de RdR s'envisage donc à certaines conditions. Elle demande du temps, de la présence, de l'attention portée à l'autre et de la bienveillance. La RdR suppose un engagement de la part des professionnel·le·s et implique aussi d'être attentif à la manière dont l'usager·ère réagit au soin qu'il-elle reçoit... Je fais ici référence aux quatre phases du *care* décrites par Joan Tronto (2008, p. 248-250) : « se soucier de » (*caring about*), « se charger de » (*taking care of*), « accorder des soins » (*care giving*) et « recevoir des soins » (*care receiving*). Bref, la démarche de RdR relève bel et bien aujourd'hui, en CHRS comme en CAARUD, d'un travail de *care*.

35. Extrait de l'entretien du 29 novembre 2017 (Transcription des principaux entretiens, *op. cit.*, p. 14).

36. Pierre Chappard est un militant de la réforme des politiques publiques en matière de drogues. Depuis 2012, il est président de l'association « PsychoACTIF » qui porte le site internet dont nous avons parlé précédemment (voir chapitre 2.1, section 2.1.2).

37. En mars dernier, la direction du MAS nous a présenté les orientations prioritaires 2019-2022 concernant Pause Diabolo. Ce n'est vraisemblablement pas anodin si l'un des axes principaux porte sur l'accompagnement global des usager·ère·s...

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de cette recherche. Il convient désormais de conclure, et d'en retirer les principaux enseignements.

Revenons d'abord sur les aspects méthodologiques. Au cours de l'enquête, ma posture de recherche a beaucoup évolué. L'organisation du temps d'échange, au CHRS Carteret, a signé le passage d'une approche hypothético-déductive à une démarche plus inductive. J'ai pu en effet expérimenter une *recherche en actes* – laquelle repose sur l'adoption du « faillibilisme », comme le dirait John Dewey, à toutes les étapes de l'enquête. Ce faisant, j'ai compris que la méthodologie ne relevait pas d'un simple protocole de recueil des données. Elle demande à être mise à l'épreuve de son terrain : elle s'expérimente, en lien avec sa posture de recherche, et nécessite des ajustements. Plus que le chemin à suivre, la méthode désigne donc plutôt « le chemin suivi »³⁸ ... Le plan de mon mémoire a voulu rendre compte de cette progression. En décrivant les embarras qui ont peuplé cette recherche, j'ai notamment tenté de retracer le cheminement qui m'a conduit de la posture de praticien, fut-elle réflexive, à celle de praticien-chercheur. J'ai alors eu la confirmation que la RdR, avec son approche expérientielle des addictions, était en résonance avec le style de la recherche pragmatique. Je suis donc passé par des « positions enchevêtrées » (Kohn, 2001) pour assumer finalement mon double statut de praticien *et* de chercheur.

Cette recherche relève entièrement d'un travail de problématisation. L'objectif était de se mettre d'accord – avec les personnes concernées – sur ce qui fait problème, et non d'aboutir à une *solution* en tant que telle. Notre question centrale a donc évolué « en situation ». À la question de l'acceptable s'est en effet substituée celle du tabou associé aux consommations. Nous avons alors cherché à identifier les causes possibles de l'indicible. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à l'expérience, et donc au sensible, pour connaître le vécu des différent·e·s acteur·rice·s (professionnel·le·s et usagers). Trois registres principaux nous ont permis d'analyser leurs discours : la morale, la loi et la reconnaissance.

L'enquête fait d'abord ressortir que la démarche de RdR est indissociable de son objet, à savoir l'usage de drogues en tant que tel. En effet, professionnel·le·s et usagers appréhendent

38. En référence à l'étymologie de ce terme (Rey et al., *op. cit.*, p. 1398).

la question des addictions sous l'angle de cet usage, avant de considérer les pratiques de RdR pouvant s'y rapporter. J'avais pu supposer l'existence d'un conflit de normes morales entre les deux, mais ce n'est pas ce qui ressort de l'enquête en priorité.

Poser le problème des consommations de cette manière implique une forme de « radicalité », au sens d'une *dualité*, dans le raisonnement des acteur·rice·s. Ces dernier·ère·s mobilisent ainsi un seul type d'argument pour justifier leur positionnement, argument qu'il·elle·s puisent essentiellement dans le registre de la loi (c'est légal *ou* illégal) et/ou dans le registre de la morale (c'est bien *ou* c'est mal). Nous avons montré que les professionnel·le·s du CGR - 122 s'inscrivaient majoritairement dans ce type de logique, rendant dès lors impossible toute démarche de RdR. Professionnel·le·s et passagers ne peuvent donc pas se « rencontrer » sur la question des consommations.

Le cas de Carteret a été plus complexe à analyser. Cet établissement revendique un « haut seuil de *tolérance* ». Notion qui laisse supposer une approche différente venant précisément dépasser cette dualité. En effet, le terme même de tolérance sous-entend que certains usages sont tolérables. Or en réalité, l'enquête montre que si les usages sont effectivement tolérés, ils restent « mauvais ». Ainsi, la tolérance est plutôt une façon de ne pas voir la réalité des consommations, et donc d'invisibiliser le problème. Dans ce contexte, les pratiques de RdR s'envisagent uniquement, par les professionnel·le·s, de façon individuelle ; et ce, au détriment d'une approche participative. De plus, l'expérience des usagers est peu valorisée. À travers l'enquête, et notamment lors du groupe de parole, nous avons voulu ramener ces éléments-là. De manière générale, la façon dont les professionnel·le·s se positionnent vis-à-vis des addictions se comprend au regard des contraintes inhérentes au CHRS. En effet, il·elle·s doivent concilier des impératifs contradictoires, ce qui les pousse à mettre en avant un seul type d'argument. Par exemple, et au nom de la RdR, il·elle·s privilégient clairement la sécurité (envisagée essentiellement au niveau du collectif), au détriment de la liberté des hébergés. De plus, l'impératif d'autonomie prend le pas sur le besoin de protection des personnes. Cette injonction est tellement forte qu'elle concerne tous les domaines, y compris celui des addictions. Ainsi, les professionnel·le·s de Carteret se saisissent principalement de la RdR du côté de la gestion des risques. Dans ce cadre, et au quotidien, la rencontre entre usagers et professionnel·le·s est rendue difficile.

Considérer la RdR en tant que telle, en la dissociant de la question de l'usage, ouvre pourtant certaines perspectives... Car la RdR est bien de nature à faciliter la rencontre entre les différent·e·s acteur·rice·s, avec toutefois une condition importante : qu'elle soit considérée, par les professionnel·le·s des CHRS, comme relevant d'une éthique du *care*. C'est la piste que nous laisse entrevoir Solène, à Carteret, qui envisage ainsi la RdR dans sa dimension humaniste et non dans une logique de gestion des risques. La RdR permet dès lors de faire tenir ensemble les impératifs contradictoires auxquels les CHRS sont soumis. De plus, elle participe à la reconnaissance des usager·ère·s, en luttant contre l'invisibilité sociale dans laquelle il·elle·s se trouvent. Il apparaît finalement qu'une plus grande prise en compte de la RdR « humaniste », par les professionnel·le·s des CHRS, peut passer par le *care*.

En outre, l'ouverture vers l'extérieur que représente la socialisation de la RdR réinterroge le sens du travail en CAARUD. J'ai assisté en effet, au cours de l'enquête, au basculement de mon hypothèse de départ. Si la démarche de RdR met à l'épreuve les professionnel·le·s des CHRS, l'inverse est vrai également : ce « détour » par les centres d'hébergement rappelle aux intervenant·e·s spécialisé·e·s le glissement possible de la RdR vers la gestion des risques. Or le principal risque du CAARUD, envisagé dans ses limites, est de rendre le problème « gérable » en laissant finalement les acteur·rice·s insensibles. L'éthique du *care* a toute sa place dans ce contexte, en rendant précisément le problème des drogues sensible. Autrement dit, le *care* peut également permettre à la RdR de ne pas perdre sa philosophie humaniste initiale. Il s'agit là d'un défi important pour les CAARUD. En tout cas, les intervenant·e·s perçoivent bien la menace que représente l'approche gestionnaire, si bien que l'on préfère parler aujourd'hui de « réduction des risques *et des dommages* ». Cette terminologie permet de recentrer la démarche de RdR sur les besoins de l'usager·ère, c'est là le signe d'un vrai souci éthique.

Soulignons que l'enquête a donné lieu à une double symétrisation de l'épreuve : entre les CHRS et les CAARUD (nous venons de le voir), mais aussi entre les professionnel·le·s et les usagers. Cette recherche a d'ailleurs visé, d'une certaine façon, à déjouer l'étanchéité des « mondes »... En effet, il s'agissait d'œuvrer à une meilleure compréhension entre le monde de l'hébergement et celui de la RdR, mais aussi de travailler aux conditions d'une possible rencontre, au sein des CHRS, entre les différent·e·s acteur·rice·s. Sur ce point, le fait de m'intéresser au vécu des usagers m'a beaucoup aidé dans le travail de problématisation ; car ce sont eux qui, les premiers, en appellent au *care*.

Notre recherche avait pour principale finalité de rendre l'action « intelligente », au sens de John Dewey, mais aussi intelligible... Ainsi, nous avons mis en évidence que la RdR ne réside pas dans le fait de tolérer l'usage, ni de le gérer, mais consiste bien à l'accompagner dans une dimension pragmatique. La RdR relève donc aujourd'hui, que ce soit en CHRS ou en CAARUD, d'une éthique du *care*. Cette dernière permet, selon les contextes, de rendre le problème des drogues plus visible et/ou plus sensible – et finalement dicible. C'est en ce sens que le *care* présente une dimension à la fois pratique et politique. Dimensions que l'on retrouve également au niveau de l'enquête, durant laquelle il s'agissait bien, pour les différent·e·s acteur·rice·s, de faire « *l'expérience* d'un problème public ».

POSTFACE

De la « mère veilleuse » à l'éthique du care : un dialogue interdisciplinaire.

Nous avons conclu cette recherche en soulignant l'intérêt d'amener l'éthique du *care* dans la façon de penser l'accompagnement des usager·ère·s de drogues, que ce soit en CHRS ou en CAARUD. Ce résultat d'enquête sociologique trouve une forme de résonance avec le fruit de mes précédentes lectures dans le domaine de la psychanalyse... Un dialogue entre ces deux disciplines est-il possible ?

Dans le cadre de mes études en psychologie¹, entre 2013 et 2015, j'ai lu effectivement plusieurs ouvrages sur le thème des addictions. Je considérais que la psychanalyse pouvait être un support à la réflexion, pour mieux comprendre le mécanisme de la dépendance, mais aussi pour saisir plus finement le sens de l'accompagnement en CAARUD. Je m'interrogeais notamment sur le positionnement de mes collègues. La démarche pouvait surprendre, étant donné que la philosophie de la RdR semblait s'opposer radicalement à la théorie psychanalytique. Qu'en était-il vraiment ? Qu'est-ce que disait concrètement la psychanalyse sur les addictions et leur prise en charge ?

Pour répondre à ces questions, je m'étais d'abord intéressé à la correspondance que Freud a entretenue avec Sándor Ferenczi, l'un de ses fidèles disciples. Ce dernier lui a notamment adressé une lettre, le 30 mai 1916, dans laquelle il lui fit part de ses réflexions face à deux « évènements bouleversants » : celui d'un médecin cocaïnomanes et celui d'un jeune psychiatre morphinomanes (Freud, Ferenczi, 1996, p. 148). Freud lui répondit, deux jours plus tard, en précisant que l'analyse « *est [...] peu appropriée au traitement des intoxications, car tout mouvement de résistance se termine en rechute* » (*ibid.*, p. 149-150). Il était très intéressant pour moi de constater que Freud, lui-même, déconseillait la technique analytique pour soigner les toxicomanes. Ici, la psychanalyse ne relève donc pas d'une pratique en tant que telle. Elle constitue en revanche un corpus théorique offrant une lecture du phénomène, envisagé dans sa dimension clinique, et nous renseigne essentiellement sur l'origine de la toxicomanie. Celle-ci relèverait d'un « traumatisme froid », selon Ferenczi, lequel décrit ainsi un défaut de *holding*² (Pirlot, 2013, p. 115). Dans sa préface à *Sur les addictions*, Catherine

1. Voir introduction et chapitre 2.1 (section 2.1.2). Notons ici que la majorité des enseignant·e·s de psychologie, à l'université Lyon 2, sont d'obédience psychanalytique.

2. Le *holding* est un concept psychanalytique introduit Donald Winnicott. Il désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère, et la capacité de cette dernière à contenir ses angoisses sur le plan physique et psychique.

Audibert indique d'ailleurs que « *ce qui se joue du passé dans l'actuel n'est pas sur la scène œdipienne, mais sur la scène de l'Hilflosigkeit*³ » (Ferenczi, 2008, p. 28). Le positionnement qui en découle est sans ambiguïté : en tant qu'intervenant·e en addictologie, nous incarnons une fonction éminemment maternelle vis-à-vis des usager·ère·s. Encore faut-il préciser qu'il ne s'agit pas de la mère winnicotienne *suffisamment bonne*, mais bien de la « mère veilleuse » décrite par Anna Potamianou (1992, p. 149). De ce fait, et pour la psychanalyse, l'enjeu de l'accompagnement est bien la restauration du narcissisme primaire chez les usager·ère·s de drogues. Citons Ferenczi :

« [Tout se passe finalement] comme s'il fallait devoir être aussi attentif que l'on devrait l'être face à des nouveau-nés. Car c'est ce même soutien dont ces patients ont besoin dans la relation thérapeutique pour avoir trop souvent, ou trop prématurément, été lâchés du regard de l'objet. L'analyste se laisse alors investir par la croyance du sujet d'avoir trouvé l'être idéal, capable de se soucier de lui (au sens du souci chez Winnicott), et de l'apaiser de ses angoisses. Il se propose ainsi d'être momentanément le pharmakon [*c'est moi qui souligne*] » (Ferenczi, *op. cit.*, p. 32).

Ces considérations ont-elles leur place dans notre recherche en sociologie ? Il ne s'agit pas de revenir à des aspects purement cliniques, et encore moins de « psychologiser » la question des consommations de drogues. En revanche, il est intéressant de faire dialoguer entre elles les disciplines... D'un côté, sur un plan théorique, la littérature psychanalytique concernant les addictions présente le « prendre soin » comme un besoin des usager·ère·s de drogues. De l'autre, notre enquête fait ressortir que ces dernier·ère·s, en contexte institutionnel, en appellent désormais au *care*. Or celui-ci désigne bien l'attitude qui consiste à se soucier et à « prendre soin » des autres. D'une certaine façon, la psychanalyse laisse donc entendre que les usager·ère·s ont besoin de *care*, et l'enquête sociologique pointe le fait qu'il·elle·s expriment ce besoin à travers une demande (bien qu'implicitement formulée). De ce point de vue, les deux approches sont très complémentaires. Toutefois, et par rapport au « prendre soin » envisagé dans sa dimension strictement psychanalytique, le *care* est plus pertinent à plusieurs égards. D'abord, il ne relève pas d'une disposition maternelle (et plus largement féminine). Comme nous le rappelle d'ailleurs la philosophe Fabienne Brugère, il convient de « dégenrer » la sollicitude (Brugère, 2001, p. 26-32)⁴. De plus, le *care* est mutuel : il implique une certaine réciprocité dans une relation qui est pourtant asymétrique. Par ailleurs, et c'est là le plus important, le *care* est une pratique (il s'oppose donc à la psychanalyse pour ce qui est

3. Soit « l'état de détresse » du nourrisson, pour Freud. Catherine Audibert est psychologue et psychanalyste.

4. Fabienne Brugère s'oppose au courant « maternaliste », représenté par la philosophe américaine Nel Noddings (*ibid.*, p. 10-16).

de l'accompagnement, au quotidien, des usager·ère·s de drogues). Ainsi, et en visant une société plus démocratique fondée sur l'égalité des voix, le *care* nous invite enfin à considérer la valeur politique du « prendre soin ».

Finalement, là où la psychanalyse reste dans des considérations cliniques, la sociologie ouvre donc d'autres perspectives. Par le biais de l'enquête, nous avons en effet repéré l'importance du *care* qui, tout en s'enracinant dans des situations singulières, relie l'individu au monde social... N'est-ce pas là aussi, d'une certaine façon, l'objectif de la RdR ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Cadre conceptuel :

CASTEL R. (1983) De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales : Éducation et philosophie en ligne*, vol. 47-48, p. 119-127

Disponible sur <http://www.persee.fr/docAsPDF/arss_0335-5322_1983_num_47_1_2192.pdf> (consulté le 13.06.17)

CHANTRAINE G., EFF C., GRELET S. et al. (2007) Le travail au long cours : entretien avec Robert Castel. *Vacarme* [en ligne], vol. 40, no. 3, p. 4-12

Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-vacarme-2007-3-page-4.htm>> (consulté le 11.07.17)

LE BRETON D. (2012) *Sociologie du risque*. Paris : PUF. 127 p.

PERETTI-WATEL P. (2010) *La société du risque*. Paris : Éditions La Découverte. 128 p.

Sur le thème de l'autonomie :

CASTEL R. (2010) L'autonomie, aspiration ou condition ? *La Vie des Idées* [en ligne]. 11 p.

Disponible sur <https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100323_castelehrenberg.pdf> (consulté le 29.05.19)

EHRENBERG A. (1998) *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob. 414 p.

EHRENBERG A. (2010a) Chapitre 5 : De l'autonomie comme aspiration à l'autonomie comme condition. In : *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob, p. 227-264

EHRENBERG A. (2010b) Société du malaise ou malaise dans la société ? : Réponse à Robert Castel. *La Vie des Idées* [en ligne]. 11 p.

Disponible sur <https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100330_ehrenberg.pdf> (consulté le 29.05.19)

RAVON B. (2017) Épreuves de coopération. L'institution du soin en eaux troubles : parcours interinstitutionnels et ruptures prioritaires. In : XXI^{es} Journées d'étude, de recherche et de formation de l'AIRe (Aix-les-Bains, 2016/12/7-8-9). *Du réseau aux coopérations : de l'interdisciplinarité à l'inter-institutionnalité : Comment trouver le point d'équilibre ?* Nîmes : Champ social, p. 40-53

Sur le thème du care :

BRUGÈRE F. (2011) *L'éthique du « care »*. Paris : PUF. 127 p.

TRONTO J. (2008) Du care. *Revue du MAUSS* [en ligne], no. 32, p. 243-265.

Disponible sur <<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm>> (consulté le 07.05.18)

TRONTO J. (2012) *Le risque ou le care ?* [en ligne] Paris : PUF. 64 p.
Disponible sur <<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/le-risque-ou-le-care--9782130607199.htm>> (consulté le 18.03.19)

Appuis à la problématisation (regard sociologique sur les drogues en général et la RdR en particulier) :

BERGERON H. (1999) *L'État et la toxicomanie : Histoire d'une singularité française*. Paris : PUF. 370 p.

EHRENBERG A. (1995) *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy. 351 p.

EHRENBERG A. (1996) Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. *Communications : Vivre avec les drogues*, vol. 62, no. 1, p. 5-26

HARO J. Le parcours des usagers de drogues : de la rupture à la demande de soin : Essai d'analyse de processus. Thèse de doctorat : Sociologie : Paris : EHESS, 2004. 448 p.

QUIRION B. (2002) Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et Société* [en ligne], vol. 26, no. 4, p. 479-495

Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2002-4-page-479.htm>> (consulté le 29.05.17)

TRÉPOS J-Y. (2003) La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues. *Cahiers Internationaux de Sociologie : Faut-il une sociologie du risque ?*, no. 114, p. 93-108

Épistémologie et méthodologie :

BARTHE Y., DE BLIC D., HEURTIN J-P., et al. (2013) Sociologie pragmatique : mode d'emploi. *Politix* [en ligne], vol. 103, no. 3, p. 175-204

Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-politix-2013-3-page-175.htm#no1>> (consulté le 10.05.17)

BRUGIDOU M., LE ROUX D. (2005) L'usage des CAQDAS et des logiciels d'analyse textuelle dans l'analyse secondaire. In : CAPAS, Capitalisation et Analyse Secondaire (Grenoble, 2005/11/3-4). *L'analyse secondaire en recherche qualitative : Utopie ou perspectives nouvelles ?* [en ligne]. 11 p.

Disponible sur <<https://archipolis.hypotheses.org/files/2014/06/Lusage-des-CAQDAS-et-des-logiciels-danalyse-textuelle-dans-lanalyse-secondaire.pdf>> (consulté le 29.11.17)

CADIÈRE J. (2013) 10. Retour à la problématique. In : *L'apprentissage de la recherche en travail social* [en ligne]. Rennes : Presses de l'EHESS, p.113-122

Disponible sur <<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-apprentissage-de-la-recherche-en-travail-social--9782810901180-page-113.htm>> (consulté le 17.04.19)

CALLON M. (2012) Les incertitudes scientifiques et techniques constituent-elles une source possible de renouvellement de la vie démocratique ? In : AISLF, Association Internationale des Sociologues de Langue Française (Rabat, 2012/07). *Penser l'incertain* [en ligne]. 25 p. Disponible sur <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00755679/document>> (consulté le 26.04.18)

CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. (2014) *Agir dans un monde incertain : Essai sur la démocratie technique*. Paris : Le Seuil. 368 p.

CASTEL R. (1994) « Problematization » as a Mode of Reading History [La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire]. In : GOLDSTEIN J. (ed.) *Foucault and the Writing of History*. Oxford (Royaume-Uni) : Blackwell, p. 237-252

DE LAVERGNE C. (2007) La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives* [en ligne], hors-série, no. 3, p. 28-43 Disponible sur <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf> (consulté le 13.12.17)

KOHN R-C. (2001) Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In : MACKIEWICZ M-P. (coord.) *Praticien et chercheur : Parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan, p. 15-38

MADRELIEUX S. (2016) *La philosophie de John Dewey*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin. 221 p.

NICOLAS-LE STRAT P. (2014) Une recherche de plein vent. *Fabriques de sociologie* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.pnls.fabriquesdesociologie.net/une-recherche-de-plein-vent/>> (consulté le 30.04.18)

RIOUFREY T. (2016) La transcription d'entretiens en sciences sociales : Enjeux, conseils et manières de faire [en ligne]. 45 p. Disponible sur <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474/document>> (consulté le 22.11.17)

SOULÉ B. (2007) Observation participante ou participation observante ? : Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherche qualitative* [en ligne], vol. 27, no. 1, p. 127-140 Disponible sur <[http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27\(1\)/soule.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(1)/soule.pdf)> (consulté le 16.05.18)

STAVO-DEBAUGE J. (2012) La sociologie dite « pragmatique » et la philosophie pragmatiste, une rencontre tardive. Texte préparé pour le premier séminaire des Ateliers Villa Vigoni (Italie, 2012/07/15-18) *Pourquoi le pragmatisme ? L'intérêt du pragmatisme pour les sciences humaines et sociales* [en ligne]. Disponible sur <https://www.academia.edu/2644253/La_sociologie_dite_pragmatique_et_la_philosophie_pragmatiste_une_rencontre_tardive> (consulté le 12.01.18)

Recherche documentaire sur la situation sociale des usager·ère·s de drogues accueilli·e·s en CAARUD :

BONNIN O. (2015) La réduction des risques submergée par la précarité. *TSA* [en ligne]. 2 p.
Disponible sur <<http://www.tsa-quotidien.fr/content/la-reduction-des-risques-submergee-par-la-precarite-tsa>> (consulté le 20.03.17)

CADET-TAIROU A. (2015) Précarité des usagers des CAARUD : ce que disent les chiffres. *SWAPS*, no. 78, p. 8-12

CADET-TAIROU A., SAID S. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*, no. 78 [en ligne]. Saint-Denis : OFDT. 8 p.
Disponible sur <<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxacv1.pdf>> (consulté le 23.04.17)

CALDERON C., DORSO V. (collab.), MAGUET O. et al. (2009) *Insertion par l'emploi des usagers de drogues : Territoires en réseaux* [en ligne]. Bruxelles : Commission européenne. 56 p.
Disponible sur <http://addictions-insertion-emploi.net/assets/2009_Territoires_Reseaux1.pdf> (consulté le 25.04.17)

CALDERON C., LAGOMANZINI P., MAGUET O. et al. (2011) *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues : Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif* [en ligne]. Lyon : CIRDD Rhône-Alpes. 66 p.
Disponible sur <<http://addictions-insertion-emploi.net/assets/Guide-insertion2011.pdf>> (consulté le 26.04.17)

CALDERON C., LAGOMANZINI P., MAGUET O. et al. (2012) *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues : Compléments aux recommandations : Au croisement d'expériences européennes et de politiques publiques* [en ligne]. Lyon : CIRDD Rhône-Alpes. 94 p.
Disponible sur <http://addictions-insertion-emploi.net/assets/ACTES_2012_def.pdf> (consulté le 26.04.17)

HERVE F. (2016) Quel accompagnement pour les usagers « actifs » ? *Rhizome : Usage(r)s de drogues*, no. 62, p. 18

LONGÈRE S., RASQUIN G. (2012) L'hébergement des usagers actifs entre urgence, soin et citoyenneté : Quels enjeux ? In : 2^{es} Journées Nationales de la Fédération Addiction (Toulouse, 2012/06/7-8). *Addiction et précarités : Ces libertés qui nous échappent* [en ligne]. 5 p.
Disponible sur <<http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/07/Atelier-12-Intervention-de-Serge-Longere.pdf>> et sur <<http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/07/Atelier-12-Intervention-de-Guillaume-RASQUIN.pdf>> (consulté le 04.06.16)

MAILLARD I. (2015) Agir par l'hébergement avec des usagers de drogues : Avancées, paradoxes et impasses des espaces intermédiaires. *Les Annales de la Recherche Urbaine : Villes et vulnérabilités*, vol. 110, no. 1, p. 34-45

Autres références :

ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2007) *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)* [en ligne]. 76 p.

Disponible sur <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf> (consulté le 23.08.19)

BOUHNIC P. (2005) Fragments de vies cachées : Rencontres avec les drogues sur les quartiers populaires. In : JOUBERT M. (dir.), GIRAUX-ARCELLA P. (dir.), MOUGIN C. (dir.) *Villes et toxicomanies : De la connaissance à la prévention*. Ramonville Saint-Agne : Érès, p. 23-53

CHAPPARD P. (2008) Y a-t-il un intervenant pour sauver la Réduction des Risques ? *ASUD Journal*, no. 36, p. 3

DECLERK P. (2005) *Le sang nouveau est arrivé : L'horreur SDF*. Paris : Gallimard. 131 p.

FEBVRE L. (1956) Pour l'histoire d'un sentiment : le besoin de sécurité. *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, vol. 11, no. 2, p. 244-247

LAPORTE A. (dir.), CHAUVIN P. (dir.) et al. (2010/01) *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France : Premiers résultats* [en ligne]. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris - INSERM. 227 p.

Disponible sur <<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/document>> (consulté le 19.02.18)

LEMBEYE P. (2001) *Nous sommes tous dépendants*. Paris : Odile Jacob. 213 p.

LE NAOUR G., HAMANT C., CHAMARD-COQUAZ N. (2014) *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien* [en ligne]. Lyon - Paris : CERPE - DGS. 100 p.

Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lenaour_hamant_chamard_faireaccepter_lardrunenjeuquotidien_mai2014-2.pdf> (consulté le 09.05.17)

MOREL A. (dir.), CHAPPARD P. (dir.), COUTERON J-P. (dir.) et al. (2012) *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie : en 22 notions*. Paris : Dunod. 345 p.

HERVÉ F. (2001/06) L'hébergement thérapeutique : Évolution d'une idée. *Intervention*, vol. 18, no. 2, p. 3-8

MOREL A. (2000) Le système de soins français et les pharmacothérapies : Histoire et actualité. In : Association CAST, Le Trait d'Union, ANIT (St Genis-Laval) *Traitements de substitutions : Histoire, étude, pratique*. Paris - Reims : L'Harmattan - Institut de Recherches Spécialisées (IRS), p. 37-50

Livre issu des 17^{es} journées de Reims (Reims, 1998/11/27-28)

GERSTLE J. POLITIQUE - La communication politique. In : *Universalis éducation* [en ligne]. Encyclopædia Universalis, 5 p.

Disponible sur <<http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/politique-la-communication-politique/>> (consulté le 07.05.17)

OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies - OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (2018) *France : France Drug Report 2018* [en ligne]. 27 p.

Disponible sur <<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11302/france-cdr-2018-with-numbers.pdf>> (consulté le 27.02.19)

MORIN E. (2004) Auto-éthique. In : *La méthode : 6. Éthique*. Paris : Le Seuil, p. 107-181

Éducation spécialisée :

DELIGNY F. (1975) Le groupe et la demande : à propos de « La Grande cordée », 1967. In : *Les vagabonds efficaces : et autres récits*. Paris : F. MASPERO, p. 151 à 165

ROUZEL J. (2000) *Le travail d'éducateur spécialisé : Éthique et pratique*. 2e ed. Paris : Dunod. 205 p.

Religion :

RAZZANO M. (2017) Perspective biblique sur l'addiction et son accompagnement. *Les cahiers de l'école pastorale*, no. 104, p. 53-66

Traduction Œcuménique de la Bible : comprenant l'Ancien et le Nouveau Testament (1979) Paris : Société Biblique Française et Éditions du Cerf, 1731 p.

Psychanalyse :

FERENCZI S. (2008) *Sur les addictions*. Paris : Payot & Rivages. 110 p.

FREUD S., FERENCZI S. (1996) *Correspondance*. Tome II, 1914-1919. Paris : Calmann-Lévy. 447 p.

PIRLOT G. (2013) *Psychanalyse des addictions*. Paris : Armand Colin. 241 p.

POTAMIANOU A. (1992) Chapitre 5 : Même Dieu a besoin d'une mère. In : *Un bouclier dans l'économie des États-limites : L'espoir* [en ligne]. Paris : PUF, p. 135-156

Disponible sur <<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/un-bouclier-dans-l-economie-des-etats-limites--9782130441618-page-135.htm>> (consulté le 13.11.17)

Littérature :

BAUDELAIRE C. (2016) Mon cœur mis à nu. In : *Fusées - Mon cœur mis à nu : Et autres fragments posthumes*. Paris : Gallimard, p. 77-122

DE QUINCEY T., DESCREUX V. (trad.) (1903) *Confessions d'un mangeur d'opium*. Paris : P.-V. Stock, 309 p.

LAGARCE J-L. (2016) *Juste la fin du monde*. Besançon : Les Solitaires Intempestifs. 144 p.

RIMBAUD A. (1999) Une saison en enfer : Délires II. Alchimie du verbe. In : *Poésies : Une saison en enfer : Illuminations*. Paris : Gallimard, p. 175-204

Films :

APPEL L., LACHAMBRE P. (2013) *RDR, la Réduction Des Risques liés à l'usage de drogues en France - 1^{ère} partie : l'Histoire* [DVD]. Paris : Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD). 58 minutes.

VAN SANT G. (2003) *Elephant* [DVD]. Paris : MK2 Diffusion, 2004. 78 minutes.

↳ LOISON G. (2003) Tranches d'Elephant : Entretien avec Gus Van Sant. *Cinéastes*, no. 9, p. 19

Dictionnaire :

HADDAD R. (dir.) (2016) *Manuel d'écriture inclusive* [en ligne]. Paris : Mots-Clés. 18 p.
Disponible sur <http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf>

REY A. (dir.) et al. (2016) *Dictionnaire historique de la langue française*. 2 vol. Paris : Le Robert. 2767 p.

Textes législatifs :

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, MINISTÈRE CHARGÉ DES DOM-TOM, MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, POMPIDOU G., CHABAN-DELMAS J. *Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses* [en ligne]. JORF du 3 janvier 1971, p. 74-76

Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=20818> (consulté le 05.02.17)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE, BALLADUR E., VEIL S. *Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie* [en ligne]. JORF no. 58 du 9 mars 1995, p. 3685

Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21684> (consulté le 01.05.17)

CHIRAC J., RAFFARIN J-P. *Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* [en ligne]. JORF no. 185 du 11 août 2004, Texte no. 4, p. 14277

Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=9891> (consulté le 05.02.17)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT, DE VILLEPIN D., BERTRAND X. *Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)* [en ligne]. JORF no. 297 du 22 décembre 2005, Texte no. 44, p. 19743

Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=4867> (Consulté le 05.02.17)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. *Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006* [en ligne]. BO Santé no. 2006/2 du 15 mars 2006. 12 p.

Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=4628> (consulté le 05.02.17)

réflexion

Réduction des risques et pratique éducative

Premiers pas d'un éducateur en CAARUD

Presque un rendez-vous, entre la professionnalisation des boutiques de réduction des risques et l'éducation spécialisée. Bien que prévisible, la rencontre n'en est pas moins régulièrement remise en cause. Car c'est aussi celle du quotidien, entre l'éducateur et l'utilisateur de drogues.

Rentrée 2009... le théâtre du moment se nomme CAARUD (lisez centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues), depuis neuf mois déjà. Le temps qu'il m'a fallu pour comprendre un peu mieux. Pour accepter moi aussi de « lâcher des choses » comme on dit... Ce que l'on croit bon pour l'autre, ce que l'on aimerait pour lui : il faut y renoncer. La politique de réduction des risques a été pensée pour répondre à une problématique de santé publique (l'épidémie de sida), et s'inscrit dans une démarche d'éducation à la santé. Nous faisons dans ce cadre de la prévention secondaire, qui intervient pendant la période de consommation. Le fait étant que les personnes

sur le fait même de consommer que sur la pratique de consommation. Ce qui est sensiblement différent. Il s'agit d'une possible alternative. Un premier pas pour certains.

Audace d'une rencontre

Autant dire d'emblée que l'approche est (in) soupçonnée, le plus souvent incomprise. L'histoire commence il y a vingt ans par l'audace d'une rencontre, entre les premières initiatives d'auto-support des usagers de drogues et les nouvelles stratégies de santé publique... début d'un débat controversé où les enjeux sont multiples. Les pratiques en toxicomanie auront du mal à se diversifier. A l'instar de la réalité qu'elle prend en compte, la RdR (réduction

partie, autant qu'il est aussi une partie de la « solution ». Le décor est planté. Reste à s'habituer à l'idée... La structure est dite de « bas seuil ». Bas seuil d'abord... comme « seuil bas » d'accessibilité. Nous recevons toute personne qui se présente à la porte du service, du moment où elle consomme des produits psychoactifs. Nous sommes en première ligne, souvent le premier contact que les gens aient/auront avec les institutions. Et la seule chose que nous leur demandons, c'est de prendre « le risque » de nous rencontrer... Nous accueillons quotidiennement une trentaine de personnes. C'est très peu.

10 % des consommateurs

Les CAARUD ne touchent qu'environ 10 % des consommateurs, principalement ceux qui vivent en situation de précarité. La plupart du temps, les gens arrivent ainsi au service avec une demande concrète : manger, prendre une douche, laver son linge... plus rarement, ils viennent aussi pour prendre du « matos ». C'est sans renouveler le pari qu'ils viendront surtout « pour ça », lorsqu'ils en auront compris l'intérêt. En entendant, le choix a donc été fait d'accepter de répondre à leur première demande. Le service revêt ainsi une première dimension sociale. Il nous faut accepter de se situer en partie sur ce registre-là. Sorte de préalable. Où avant toute

Notre approche repose sur le respect de la personne jusque dans l'acceptation de son usage de drogues.

concernées par le service consomment des drogues, avec ou sans nous. Alors « si vous vous "droyez", faites le "proprement"... en prenant soin de vous » : juste ça... et c'est déjà beaucoup. Clairement, nous ne sommes donc pas là pour que les usagers arrêtent leur consommation. Ni pour les amener forcément à une démarche de soin (au sens médical du sevrage). Aussi, nous nous attardons moins

des risques) dérange – encore aujourd'hui. Notre approche repose sur le respect de la personne jusque dans l'acceptation de son usage de drogues. Ce qui est sûr, c'est que le produit a répondu de manière satisfaisante à un moment donné, et peut-être est-ce toujours le cas... et ça, il ne faut jamais l'oublier. Réaffirmons surtout que le produit n'est pas le problème en soi : il n'en est qu'une

NE PAS HÉSITER À LEUR SERRER LA MAIN...



chose, il s'agira bien de donner. Sans rien attendre en retour, a priori... « bas seuil » ici encore, comme seuil bas d'exigences. Et cela n'a rien d'évident, qui plus est pour un éducateur ! Qui n'a justement pas pour habitude de faire dans le « social ». Difficile de constater que les gens peuvent manger tout l'après-midi, qu'ils transgressent allégrement un cadre qui a d'ailleurs bien du mal à s'établir... Pourtant, une fois le paradoxe dépassé, j'ai appris à voir là un réel positionnement. Accepter d'être malmené, s'en prendre parfois « plein la gueule »... et continuer à répondre présent le lendemain. Être toujours là pour l'utilisateur, en ayant soin de lui. Parce qu'accepter l'autre tel qu'il est, ne pas vouloir le changer à tout prix : c'est aussi ça le fondement de la RdR. En définitive, nous cherchons manifestement à ce que les gens trouvent un intérêt à venir au service tout en prenant le risque qu'ils ne reviennent jamais nous voir. Notre travail débute dans cet entre-deux. À la frontière. Entre le dedans et le dehors, entre le monde de la rue et l'espace institutionnel. Un équilibre fragile où nous chercherons avant tout à créer du lien, le plus naturellement qui soit. Simplicité des rap-

ports humains. Dire « bonjour » à chacun dans une franche poignée de mains. Soutenir le regard de l'utilisateur. Prendre de ses nouvelles. Se poser à un coin de table, autour d'un café, et parler de tout et de rien à la fois...

Lieu de vie du quotidien

Pourtant, l'aide que nous apportons ne saurait être contenue tout entière dans les seules prestations. Elles ne

Dire « bonjour » à chacun dans une franche poignée de mains. Soutenir le regard de l'utilisateur. Prendre de ses nouvelles. Se poser à un coin de table, autour d'un café, et parler de tout et de rien à la fois...

doivent rester qu'un prétexte à la rencontre, évidemment. Il n'est pourtant pas inutile de le rappeler, tant le quotidien s'avère être prenant : préparer le repas, distribuer les serviettes, gérer les allers et venues, discuter ici et là, atténuer les tensions, répondre au téléphone, etc. La lourdeur de la mise en scène peut finir par ennuyer, jusqu'à ne plus voir le sens de la pièce : le « ce pour quoi on est là »... pour aider l'autre à faire (au mieux)

avec son usage de drogues. Tout est là. L'amenant à prendre soin de lui. En priorité sur le plan sanitaire, et dans une dimension « sociale ». Autant que nous apprécions la santé en termes de qualité de vie.

Le CAARUD est un lieu de vie du quotidien... lieu de passage, et de reconnaissance. D'ancrage, en même temps que de transition. Parce qu'investir une démarche de RdR, c'est

déjà prendre en compte la dangerosité de ses pratiques de consommation. Il s'agit d'un premier pas vers quelque chose de la réalité, celle qui nous résiste. J'en garde la profonde conviction.

Ce qui est le plus déstabilisant en CAARUD, c'est sans doute le rapport au temps. La pièce pourrait s'ouvrir sur des retrouvailles. Les protagonistes se connaissent déjà, ils se sont déjà arrêtés au même en-

réflexion

**Suivez
le guide
et préparez
les vacances
des usagers**



**Demandez et recevez
gratuitement le
Guide Vacances 2010
ou consultez-le sur
lien-social.com**

Lien Social - BP 47310
31673 Labège cedex
regie@lien-social.com

droit. Ils étaient déjà là la veille et seront probablement là le lendemain, comme un nécessaire retour sur le même lieu. La plupart des usagers sont effectivement des habitués. Ils reviennent d'un jour à l'autre, souvent depuis des années. Jusqu'à dire de certains qu'ils « font partie des murs » ! Ceux qui étaient déjà là à l'ouverture du service il y a plus de dix ans... Et pourtant, des personnages, nous ne savons souvent pas grand-chose (du moins au début). Un simple pseudo, au mieux un prénom : l'accueil est anonyme. La problématique identitaire sera d'ailleurs récurrente. Les journées passent et se ressemblent.

Rituel

À tel point qu'il y a doute et confusion possible sur sa venue. L'après-midi est un véritable rituel, monotone et répétitif. Un éternel recommencement. En particulier pour ces quelques-uns qui arrivent à la même heure, s'assoient à la même place, parlent des mêmes choses, repartent au même moment. « *Le désordre des êtres [doit-être] dans l'ordre des choses* » (1), pour plagier le poète... Les usagers montrent du désœuvrement, ou sont au contraire dans l'agitation – jusqu'au passage à l'acte. Ce qui, à chercher du côté de la symbolisation, revient au même. Toute volonté éducative vient alors se heurter de plein fouet à la « passivité » (sous toutes ses formes) de l'usager. Il faut dire que la scène se donne d'emblée comme dépourvue d'action. Rien à faire... donc attendre. Nous passerons le plus clair de notre temps à accompagner l'usager dans cette attente. C'est à la fois ce qui est le plus difficile dans notre travail. Car pour nous, l'attente est insupportable. Rien ne se passe. Un vide immense, que l'on se presse de remplir par des conversations – a priori – creuses et sans intérêt... du « conversationnel », disait ma collègue. L'ennui est sous-jacent. On se raccroche à la dimension de projet (notamment d'animation), comme pour structurer un peu le temps. Retrouver ainsi un semblant de linéarité. Et par là, imprimer un

sens et de la cohérence à nos actions. Dans ce contexte, nous avons à rappeler à la personne que son attente est vaine. Qu'il est possible de travailler à un changement, mais qu'il sera à la mesure de la réalité. Quitte à entraîner bien des désillusions. Pas toujours facile d'avoir le mauvais rôle.

Il y a un décalage entre la parole et le geste. Acte manqué. Nombreux sont ceux qui nous disent partir, mais qui ne bougent pas. Ils restent, encore un peu... et attendent le dernier moment : la fermeture du service. Après un dernier détour – au passage – par la salle « matos » : ce quelque chose de la réalité...

Tout se passe trait pour trait comme dans la pièce de Beckett, c'est troublant. Les personnages de notre histoire pourraient bien se prénommer Vladimir ou Estragon... mais alors qui serait Godot pour les personnes que nous accompagnons ? La mort ? La fin des galères ? L'espoir d'un changement radical ? La promesse d'une vie meilleure ? Le sens donné à son existence ? C'est sans doute tout cela à la fois. A moins que Godot soit le seul nom donné à l'attente. Une simple ruse, finalement, comme pour « donner l'impression d'exister » (2)... Pour la prochaine saison, ce sera scène ouverte. Le mot d'ordre est celui d'« aller vers » les usagers, là où ils se trouvent : la rue, les squats, etc. « Hors les murs », au plus prêt de leur réalité. La hantise que nous ayons étant celle de « passer à côté » de la vie des gens, de leurs préoccupations quotidiennes. C'est bien là au final ce qui me plaît dans la RdR : « faire avec » la société – telle qu'elle est –, ayant une vision réaliste de la condition humaine.

Olivier Rostane

(1) Jacques Prevert

(2) Estragon. – On trouve toujours quelque chose, hein, Didi, pour nous donner l'impression d'exister ? Samuel Beckett, *En attendant Godot*, Acte II, éditions de Minuit, Paris, 1952, pages 89 et 90

ANNEXE 2

Lettre de pétition à l'encontre de Pause Diabolo, février 2014.

**Résidence Le Créville
236/238, rue de Créqui - 64, rue Villeroy
69003 LYON**

**Pétition pour le TRANSFERT de l'activité
de
Le Mas « Pause Diabolo »**

Je soussigné(e) Mme - Mr :

Résidant au :

Etage :

Constate que les nuisances liées aux activités de l'association Le Mas « Pause Diabolo », installée au rez-de-chaussée de la résidence, sont pour certaines en augmentation :

- Attroupements avec gêne à la circulation sur les trottoirs et devant les entrées,
- Nuisances sonores : aboiements et cris,
- Chiens vagabonds,
- Dépôt de canettes, bouteilles, gobelets dans les espaces verts et parties communes de la résidence, et sur la voie publique,
- Acte de vandalisme : détérioration de la porte des garages et des espaces verts de la copropriété,
- Seringues et aiguilles souillées dans les espaces verts de la résidence,
- Et parfois insultes.

C'est pourquoi je demande que des dispositions soient prises, rapidement, afin de trouver une autre implantation aux activités de cette association.

Remarques Complémentaires :

Signature :

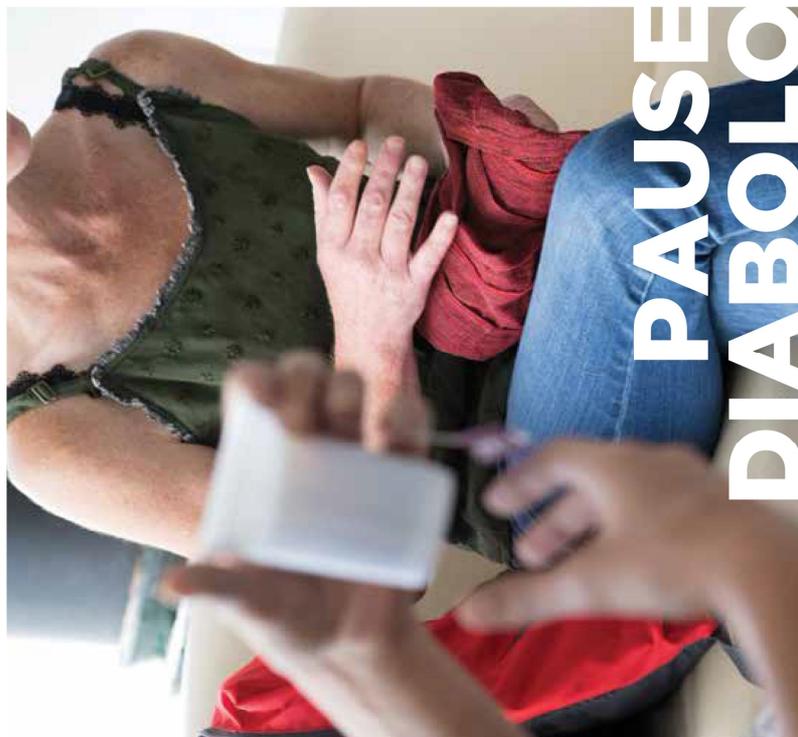
Pour information : Association Le Mas « Pause Diabolo » est un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD).

ANNEXE 3

Photo de l'automate situé rue du Pensionnat, Lyon 3^e.



En 2015, 1 300 Kits+ (l'équivalent des Steribox[®]) ont été distribués dans cet appareil.



CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

UN ACCUEIL GRATUIT, ANONYME ET CONFIDENTIEL



PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Pause Diabolo a été créé en 1996 suite à l'émergence du VIH/Sida chez les usagers de drogues injecteurs.

La structure devient un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) en mai 2006 dans le cadre de la politique nationale de santé publique.

L'objectif de Pause Diabolo porte sur la Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) en lien avec les consommations de drogues et les pratiques sexuelles (Sida, Hépatite C, Infection Sexuellement Transmissible).

Pause Diabolo propose :

- Un accueil anonyme et gratuit.
 - Une écoute.
 - Une aide et un accompagnement social.
 - Des soins infirmiers et des consultations médicales.
 - Un accès à du matériel stérile et à usage unique, des conseils en RDRD.
- L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge : respect de la dignité, de la vie privée et de la sécurité, prise en charge de qualité favorisant l'autonomie et l'insertion.

PERSONNES ACCUEILLIES

- Pause Diabolo accueille toute personne majeure consommatrice de produits psychoactifs. Un accueil spécifique pour les femmes est proposé.
- Les animaux de compagnie sont acceptés.

MOYENS

- Les missions du service sont assurées par une équipe pluridisciplinaire :
 - Une médecin
 - Une infirmière
 - Une chargée de mission
 - Des travailleurs sociaux
 - Un interprète, une socio-esthéticienne et un bénévole interviennent régulièrement chaque semaine.
 - Un responsable de service assure l'encadrement du CAARUD.
- Pause Diabolo bénéficie du financement de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que du soutien de la Ville de Lyon.
- Pause Diabolo est affilié à la Fédération Addiction.



ANNEXE 5

Détail des résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012 concernant les usager-ère-s de Pause Diabolo

(données transmises par l'OFDT le 29/03/2017)

Identifiant	N° questionnaire	Date	Logement <i>(Cinq catégories retenues)</i>			Ressources <i>(Trois catégories retenues)</i>									
CAARUD Pause Diabolo (69)	3346	02	26/11/12	6	Sans abri (à la rue)	3	Prestations sociales								
	3347	03	26/11/12	6	Sans abri (à la rue)	7	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus								
	3348	04	11/12/12	7	Squat	7	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus								
	3349	05	26/11/12	7	Squat	7	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus								
	3350	06	26/11/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	4	Prestations sociales								
	3351	07	27/11/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	4	Prestations sociales								
	3352	08	27/11/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
	3353	09	27/11/12	7	Squat	3	Prestations sociales								
	3354	10	27/11/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	1	Revenus d'emploi et ASSEDIC								
	3355	11	28/11/12	6	Sans abri (à la rue)	8	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus								
	3356	12	28/11/12	7	Squat	3	Prestations sociales								
	3357	13	28/11/12	3	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
	3359	15	29/11/12	7	Squat	2	Revenus d'emploi et ASSEDIC								
	3360	16	29/11/12	6	Sans abri (à la rue)	3	Prestations sociales								
	3361	18	04/12/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
	3362	17	29/11/12	6	Sans abri (à la rue)	8	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus								
	3363	33	11/12/12	2	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
	3364	32	11/12/12	3	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
	3365	31	11/12/12	6	Sans abri (à la rue)	3	Prestations sociales								
	3367	29	30/11/12	3	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	3	Prestations sociales								
3369	27	30/11/12		N.R.	3	Prestations sociales									
3370	26	30/11/12	7	Squat	2	Revenus d'emploi et ASSEDIC									
3371	25	30/11/12		N.R.	3	Prestations sociales									
3372	24	30/11/12	5	Provisoire en institution ou en hôtel	3	Prestations sociales									
3373	23	30/11/12	1	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	4	Prestations sociales									
3374	22	10/12/12	7	Squat	6	Ressources illégales ou non officielles / sans revenus									
			↓				↓								
			<i>Légende détaillée</i>						<i>Légende détaillée</i>						
			1	Durable - indépendant	6	25%	1	Revenus d'emplois	1	4%					
			2	Durable - chez les proches (famille/amis)	1	4%	2	ASSEDIC	2	8%					
			3	Durable en institution	3	13%	3	RMI / RSA	14	54%					
			4	Provisoire - chez des proches (famille/amis)	0	0%	4	Allocation adultes handicapés	3	11%					
			5	Provisoire - en institution ou hôtel	1	4%	5	Autres prestations sociales	0	0%					
			6	Sans abri (à la rue)	6	25%	6	Ressources provenant d'un tiers	1	4%					
			7	Squat	7	29%	7	Autres ressources	3	11%					
			8	Chez les proches sans précision	0	0%	8	Sans revenus	2	8%					
			Total :			24	100%				Total :			26	100%

ANNEXE 6

Références faites aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO (sur six pages)

Usager	Sexe	Situation du demandeur	Date de la première demande	Dossier en cours (en avril 2018)	Durée sur la période / en année(s)	Nombre total de note(s)	Avec référence(s) aux addictions	Références aux addictions ■ directes / ■ indirectes
Benjamin	M	S	août-13	×	4,6	2	1	« Appel de la pause diablo ! Suite à des violences conjugales Mr se retrouve sans solution d'hébergement Mr a deux chiens » (févr.-18)
Gaëtan	M	S	déc.-14	×	3,3	24	2	« actu FADS Tony garnier : mr a eu un accident et il a des pb de mobilité et souffre, il suit un traitement médical, on ignore si il a besoin d'un ascenseur ou autre spécificité. Mr a un long parcours d'errance, il est marqué par ce parcours, il est domicilié à ARIA Pour l'instant il n'a plus de CNI il est en train de la refaire. Pour l'instant il est trop jeune pour percevoir le RSA, il pourra ouvrir ses droits en septembre. pas sur qu'il adhère au collectif, il respecte le cadre mais il est svt abs. Fads va travailler sur la stabilisation, les repères dans le bungalows... » (févr.-18) « Mr est toujours hébergé avec l'orée. Rdv CSAPA psychologue » (avr.-14)
Loïc	M	S	juil.-14	×	3,7	8	1	« Monsieur se présente : souhaite être hébergé du côté de villefranche (pause diablo) Monsieur perçoit le rsa à hauteur de 527 euros Monsieur est sans domicile fixe » (juil.-16)
Malik	M	S	févr.-17	×	1,1	6	0	
Sandro	M	S	févr.-12	×	6,2	61	4	« D'autre part, nous avons également abordé la candidature de M. X, déjà rencontré pour étude lors d'une précédente entrée et que le médecin de service (qui travaille également sur l'équipe mobile du CSAPA) a eu l'occasion de croiser sur différents lieux d'hébergement depuis. Il ne nous semble toujours pas que cette candidature soit adaptée pour l'accompagnement proposé par notre CHRS, qui ne nous paraît pas assez contenant aux vues des éléments apportés. aria » (juin-17) « Actu Cléberg du 20/11/2015 : Mr est ss tutelle. Il a l'AAH. Grosses difficultés sur la structure (addiction, violences, exclusion temporaire) » (nov.-15) « Bonjour, Je me permets de vous contacter concernant la situation de Mr X, pour lequel un diagnostic avait été établi en 2011 auprès de votre service, ce dossier est-il toujours actif ? Quelques changements sont intervenus dans sa situation, notamment au niveau des ressources, il perçoit à présent l'AAH ; de même une mesure de protection est en place depuis 2012, et gérée depuis quelques mois par Mr C., du service des tutelles du Vinatier. Mr X est de plus en plus fatigué par sa situation et souhaiterait pouvoir accéder à un hébergement, pour voir sa situation se stabiliser. Je ne pense pas qu'une orientation à Riboud serait adaptée car il y a plusieurs copains de boisson, ce qui serait préjudiciables aux un et aux autres. Une orientation vers Kléber serait plus adapté dans un premier temps pour construire un projet sur la durée. Merci de mettre à jour son dossier avec ses éléments. Vous en souhaitant bonne réception. C.C. Directrice de l'Association » (août-15) « Me dit être ss ttt pour son sevrage, d'avoir besoin de repos et calme » (févr.-13)

	Yannick	M	S	juin-15	×	2,8	27	2	<p>« Bonjour L., Je me permets de te contacter concernant M. X né le xx/xx/xxxx qu'on accueille à la Villa depuis une quinzaine de jours et qui est en fin de soins. Ce M. est aussi suivi par Anaïs, ass à la Croix ROUSSE et Ruptures par Sophia. Mme Anaïs m'a appris que sa situation a été évoquée dans une commission la semaine dernière pour une orientation en chrs diffus. Possible d'avoir un retour stp ? T'en remerciant par avance. N.B. Assistante Sociale » (avr.-16)</p> <p>« Mr a des problèmes de santé : amputé du bras+problèmes de pieds. Une assistance sociale à contacter la chardo + villa hestia, mais pas de places. Selon le professionnel d'aria, mr est vulnérable » (juin-15)</p>
7		M	S	nov.-12	×	5,4	28	1	« passage de Hassan [IT à Pause Diabolo] » (mai-16)
8		F	S	août-14		2,6	13	3	<p>« Bonjour Estelle, Je me permets de vous faire un lien concernant la situation de Mlle X. La proposition du relogement via Mme S., mairie du 3ème, n'est plus possible. Le logement ne lui a pas été attribué. Nous lui avons proposé la convention CH LE VINATIER/GRAND LYON HABITAT, Mlle X reste septique sur le fait que l'hôpital soit son bailleur, toutefois il se peut que l'on consitue son dossier. Nous pensions également la soutenir sur un projet de bail glissant via RESIDENCE, pouvez-vous appuyer ce projet ? est-ce possible pour vous ? Je vous rappelle la bonne assiduité des soins et les efforts fournis par cette dame. Mme Cécile [ES à Pause Diabolo] qui l'accompagne sur le quotidien note une amélioration de la tenue de son habitat, etc... Merci de votre aide, et à bientôt. Bien cordialement » (janv.-16)</p> <p>« pass de Hassan [IT à Pause Diabolo] pour actu » (août-15)</p> <p>« bonjour, Carole m'a contacté ce matin au sujet de Mme X. Nous avons pu échanger ensemble autour des lieux d'hébergements qui seraient les plus profitables pour cette dame. Au vu de la complexité de la situation, elle m'a proposé d'être présente à la commission du 18/9 à 14h à la MVS pour évoquer et trouver ensemble une réponse pertinente. je tenais à vous en informer. Cécile Educatrice Spécialisée Pause Diabolo 04 xx xx xx xx » (sept.-14)</p>
9		M	S	avr.-12	×	6,0	19	3	<p>« Nous sont aujourd'hui orienté : Par Pause Diabolo Mr X ; - A ce jour nous travaillons avec les référents initiaux d'orientation et une future entrée dans un lieux de vie Rue-Habitat. M.C. » (déc.-13)</p> <p>« allo pause diabolo : hassan en parle avec m. X, une visite va être programmer : ns serons informé plus tard » (nov.-13)</p> <p>« passage des collègues de pause diabolo : m. est dehors, besoin d'être accompagné (LASHO) peut convenir dans cette situation. pour la proposition joindre Hassan : 06xxxxxxx » (oct.-13)</p>
10		M	S	nov.-13	×	4,4	9	5	<p>« Pour actu, j'appelle Samuel à Pause Diabolo [IT au CAARUD]. Plus de nouvelle de son côté. N'a pas sollicité le service depuis plusieurs mois. Homme seul avec chiens » (janv.-16)</p> <p>« Passage de Samuel de Pause Diabolo pour actualiser la demande de Mr et signaler sa situation, l'équipe de Pause est inquiète. Mr est en danger : dort dans son camion malgré le froid Solution idéale d'hébergement serait Carteret car a 2 chiens » (déc.-14)</p>

									<p>« passage de pause diablo pour actualisation : monsieur toujours en demande » (oct.-13)</p> <p>« passage de pause diablo : situation inchangée (orientation carteret) » (oct.-13)</p> <p>« passage de Hassan "pause diablo" : une orientation "carteret" est pertinente dans ce dossier » (oct.-13)</p>
11	F	S	sept.-17	×	0,6	7	1		« madame est toujours en demande hbgt, suivi Nadjet au cao pb de santé, très vulnérable, contact csapa en cours » (déc.-17)
12	M		janv.-18	×	0,2	2	0		
13	M		oct.-17	×	0,5	0	0		
14	M	S	mai-14	×	3,9	35	10		<p>« refus de fads monsieur s'est présenté alcoolisé » (mars-16)</p> <p>« Appel de Monsieur ce jour : Toujours en demande. Mr sort de sa cure le 08/02/2016. Va se retrouver sans solution. Mr perçoit à hauteur de 524 euros (RSA) » (janv.-16)</p> <p>« Monsieur me sollicite au CAO depuis son lieu de soins. Souhaite recevoir une proposition d'hébergement. Inquiet pour la sortie. Un CHRS serait bien adapté, éviter les petits collectifs » (janv.-16)</p> <p>« Appel de Mr ce jour : Mr sort de cure le 26 janvier. sa demande a été radiée d'ADOMA. Toujours en demande » (janv.-16)</p> <p>« Appel de Mr ce jour : Toujours en demande. Mr n'est pas encore sorti de cure (sortie prévisionnelle le 26 janvier). Il souhaiterait poursuivre sa cure 15 jours de plus et avoir un hébergement de stabilisation à sa sortie. Situation inchangée. Demande faite à ADOMA » (janv.-16)</p> <p>« Actu CAO : Je n'avais plus de nouvelle de sa part. Il m'a appelé vendredi matin dernier pour me signaler qu'il était hospitalisé aux Bruyères à Létra. Ce temps d'hospitalisation se poursuivra jusqu'à fin janvier environ. Il m'a confirmé son souhait d'orientation en hébergement sur de la stabilité. Une orientation en CHRS serait bien adaptée » (déc.-15)</p> <p>« appel de Mr : est actuellement en cure jusqu'à fin janvier avec possibilité de prolonger la prise en charge, mr est inquiet car ne veut pas se retrouver dehors suite à tout les efforts fait pour s'en sortir (problème d'alcool) Mr accepte d'avoir un hébergement aux alentours de Lyon (villefranche...) » (déc.-15)</p> <p>« Mr fait une cure pour se défaire de l'alcool. Cure va durée 6 semaines, il sort 36 01 2016 » (déc.-15)</p> <p>« Je voulais également te solliciter au sujet de la situation de Monsieur X né le xx/xx/xxxx. Ce Monsieur avait une proposition place d'insertion au CGR, il l'avait refusé car il s'est rendu dans un établissement de post cure (soins autour de l'alcool). Ce projet n'ayant pas abouti il s'est retrouvé hospitalisé à la Clinique des Portes du Sud à Vénissieux sur le service addicto. Il rentre le 13 juillet prochain sur un autre établissement de post cure au Chambon sur Lignon pour environ cinq semaines. Il souhaiterait en sortie bénéficier d'une prise en charge CHRS sur Lyon. Benoît » (juil.-15)</p> <p>« Bonjour Sophie, J'ai eu hier Mr X au téléphone. Il est actuellement en cure à Letra. Nous avons convenu de nous rappeler après lui avoir fait part de cette orientation. Hier il m'a confirmé qu'il ne souhaitait pas cette place. Il accède à une post cure à Orléans le 2 juin. Il va donc vers un autre projet. Encore merci pour cette proposition. Veux tu que je contact Marie MINEUR pour annuler l'orientation ? A bientôt Benoît » (mai-15)</p>
									« Contact pris ce jour avec Pause Diablo. Il dit que ça fait plus d'un mois qu'ils sont sans nouvelle de Mr X. Ils n'ont non plus de contact téléphonique pour le joindre » (avr.-17)

15	M	S	juil.-16	×	1,7	11	4	<p>« M. X n'est plus à l'hôtel depuis fin Janvier 2017. Il était suivi par Pause Diabolo une autre structure du MAS. Voici le contact mail de la personne qui le suivait : [<i>adresse mail de Justine, IDE à Pause Diabolo</i>] info cao » (avr.-17)</p> <p>« Je reviens vers vous au sujet de cette même personne pour vous préciser une sortie de notre CHS de jeudi 8 décembre. Faute de solution, nous devons sans doute mobiliser le 115. Avez-vous une possibilité de soutenir cette démarche pour envisager une perspective d'accueil ? D'un point de vue ouverture de droits, nous sommes en attente d'une réponse de la CAF pour la demande RSA (déposée il y a 15 jours). Monsieur est toujours accompagné par Pause Diabolo. Monsieur est toujours domicilié au Point accueil de Lahso. Les communautés d'Emmaüs ne sont pas joignables ce jour. Bien cordialement. A.G. Assistante de Service Social » (déc.-16)</p> <p>« Je reviens vers vous concernant la situation de monsieur X, actuellement hospitalisé dans notre unité. Une demande MVS vous a été adressée le 14/11/2016. Monsieur souhaite véritablement élargir sa demande sur le département, en intégrant Villefranche-sur-Saône, afin d'optimiser ses possibilités d'accueil en structure à la fin de son hospitalisation. Cette dernière est prévue pour mi-décembre 2016. Il est également accompagné par l'équipe de Le MAS Pause Diabolo pour soutenir sa réinsertion, joignable au 04 xx xx xx xx. Je reste disponible pour toute demande complémentaire permettant de soutenir cette demande. A.G. Assistante de Service Social » (nov.-16)</p>
16	M	S	avr.-13	×	5,0	11	3	<p>« passage de Hassan (xxxxxxxxx : pause diabolo) : gros problème de santé, parle pas le français, besoin d'un lieu comme Carteret urgence mise à l'abri » (déc.-17)</p> <p>« passage de pause diabolo qui suit monsieur. Nous informe qu'il est hospitalisé depuis quelques jours aux urgences de la Croix-Rouge et va sûrement entrer dans un service pour maladie infectieuse (on ne sait encore combien de temps). Mais toujours besoin d'un lieu d'hébergement à sa sortie (lits de repos ?). Maintenir demande » (sept.-17)</p> <p>« suivi par pause diabolo, mr est très malade aller retour à l'hôpital besoin de se poser ++++ voir pour commission urgence monsieur est demandeur d'asile et à l'ata suivi hassan éduc 06xxxxxxxxx » (août-13)</p>
17	M	S	mars-12	×	6,1	36	1	<p>« passage à la permanence, accompagné par éduc Paus diabolo, avec un nouveau diagnostic fait avec Pause diabolo. Annonce toujours le projet Pension de famille. J'évoque quand même le CHRS en précisant la possibilité d'avoir une chambre voir studio. Il exprime son accord, disant avoir besoin de son espace personnel et de son autonomie (je traduis indépendance), mais accepte les règles et accompagnement éducatif. Dossier dédoublonné ce jour » (oct.-14)</p>
								<p>« Passage de monsieur ce jour, toujours en demande. Hébergé chez un ami. Commence CDD d'insertion lundi 1 décembre, va percevoir à hauteur de 300 euro en + de son RSA. Demande en RS ok. On peut contacter Monsieur Samuel (moniteur éducateur à pause diabolo) si nous avons une proposition à faire à monsieur : 06 xx xx xx xx » (nov.-14)</p> <p>« Je reviens vers vous pour la situation de X !! Il se trouve que je l'ai vu ce matin et il m'apprend qu'il ne va pratiquement plus à Pause Diabolo pr éviter les publics en difficulté ++ donc nous faisons le point sur ce qui l'aiderait en terme d'hébergement aux vues de sa situation. Il ne se sent pas prêt à assumer tout de suite ma responsabilité d'un logement autonome et si on veut évaluer au plus juste, un hébergement individuel type CHRS avec un accompagnement social (type Résidence) me paraît bien correspondre. Nous avons convenu ce matin avec X que j'accompagne son orientation MVS. Cordialement aria véronique » (nov.-14)</p>

18	M	S	juin-13	×	4,8	16	8	<p>« pause diablo : orienté ce jour à apus pour évaluation apus en chrs ok est ds le soin » (oct.-14)</p> <p>« Passage de Monsieur Samuel 04 xx xx xx xx ou 06 xx xx xx xx (Pause Diabolo). Sorti d'incarcération le 11/08. Il est important que Monsieur trouve une solution à sa sortie. Devrait percevoir le rsa. Monsieur est motivé ++. Monsieur Samuel va faire des demandes RS. Souhaiterait vivement que Monsieur X soit orienté au FADS » (juil.-14)</p> <p>« Monsieur Samuel (Pause Diabolo) nous informe que monsieur X doit sortir d'incarcération le 11/08 normalement. Monsieur est suivi +++ par médecin et psy. Il serait préférable qu'il ait une solution d'hébergement à sa sorti » (juin-14)</p> <p>« Toujours incarcéré nouvelle date de sortie fixée 21/08/2014... Toujours dans les soins et sorti en perm récemment est allé voir Pause diablo pour mettre en place un suivi et orientation Psy » (mai-14)</p> <p>« tjs incarcéré lien apus diablo sort le 4 avril souhaite accpmt aux soins » (févr.-14)</p> <p>« Monsieur est incarcéré à Villefranche, il est en attente de son procès. Une demande mvs a été envoyé début juin, il est bien connu de pause diablo a qui il a renouvelé son souhait de décrocher. Besoin d'un accompagnement » (juil.-13)</p>
19	M		mai-12	×	5,9	2	0	
20	F	S	sept.-13	janv.-18	4,4	12	3	<p>« allo pause diablo : il y a un référent, mais personne vivant "jour le jour". difficile d'avancer » (avr.-15)</p> <p>« point avec pause diablo pourrait être en capacité de gérer un diffus » (oct.-14)</p> <p>« passage de pause diablo (hassan) : inquiétude sur cette situation, car mme va se retrouver sans solution en fin de semaine » (nov.-13)</p>
21	M	S	oct.-17	×	0,5	8	3	<p>« Je me permets de vous écrire à nouveau, concernant la demande d'hébergement ou de logement temporaire pour notre patient : Mr X Téléphone : 06 xx xx xx xx / accompagné par l'équipe du CSAPA de l'hôpital de la Croix Rousse hospitalisé en urgence à l'hôpital le 6 mars 2018 et toujours présent à ce jour. Monsieur X est sans domicile fixe depuis plusieurs mois et vit à la rue avec sa chienne (Berger Australien). Avant son hospitalisation, il contactait régulièrement le 115, pour actualiser son dossier. Son état de santé nécessite actuellement une prise en charge médicale hospitalière dans notre établissement, pour une durée d'environ 6 semaines. Au regard de la grande vulnérabilité de Monsieur X et de la lourdeur de son traitement médical actuel, vous serait-il possible de lui proposer une orientation au CHRS la Maison de Rodolphe, avec sa chienne, pour mise à l'abri afin qu'il puisse poursuivre ses soins médicaux en sécurité ? Sinon un hébergement serait-il disponible auprès de l'association Polygones afin qu'il puisse bénéficier de l'accompagnement médico-social spécialisé de leur équipe ? Vous remerciant par avance de votre réponse, Restant à votre disposition pour tout complément d'information Bien cordialement I.E. Assistante sociale » (mars-18)</p> <p>« Bonjour, Nous rencontrons régulièrement Mr sur l'espace public depuis plusieurs mois. Nous l'avons accompagner à ALIS, la semaine dernière, pour ouvrir une domiciliation. Mr n'a pas de RSA pour le moment mais il a entrepris des démarches avec l'AS du CSAPA pour remédier à cela. Cordialement V.G. Educatrice Spécialisée » (févr.-18)</p>

									<p>« Bonjour, Je me permets de vous écrire, concernant la demande d'hébergement ou de logement temporaire pour notre patient : Mr X Né le 27 juillet 1969 Téléphone : 06 xx xx xx xx dossier MVS fait le 19 janvier 2018 accompagné par l'équipe du CSAPA de l'hôpital de la Croix Rousse. Monsieur X est sans domicile fixe depuis plusieurs mois et vit à la rue avec sa chienne (Dudule, Berger Australien). Son état de santé nécessite actuellement une prise en charge médicale ambulatoire régulière dans notre établissement. Au regard de la grande vulnérabilité de Monsieur X et de la lourdeur de son traitement, vous serait-il possible de lui proposer une orientation au CHRS la Maison de Rodolphe, avec sa chienne, pour une mise à l'abri afin qu'il puisse poursuivre ses soins médicaux en sécurité ? Un hébergement serait-il disponible auprès de l'association Polygones afin qu'il puisse bénéficier de l'accompagnement médico-social spécialisé par l'équipe ? Vous remerciant par avance de votre réponse, Restant à votre disposition pour tout complément d'information Bien cordialement I.E. » (févr.-18)</p>
22	F	EC	sept.-11	août-15	3,9	3	2	<p>« pt situation au 22/1/15 avec carteret: Mme n'est plus à carteret. elle est parti dans la drôme pour une formation et à un studio là-bas. Mr devait la rejoindre mais plus de projet de formation là-bas et les tensions avec la famille de mme l'empêche de la rejoindre dans son studio. difficulté de gestion budgétaire. perçoit le RSA. problématique santé addiction suivi csapa croix-rousse travail sur la mobilisation à faire » (janv.-15)</p> <p>« mme a trouver une formation dans un autre département. elle devrait quitter Carteret fin spt 14. Mr reste pour le moment à Lyon et est dans l'attente d'une place dans la même formation que Mr, peut-être en janv 15. la MVS attend de savoir si ce projet se concrétise sinon Carteret dit que ce Mr devrait être orienté sur un CHRS autre que Carteret pour consolider son projet d'insertion pro. carteret ne correspond plus Mr est stabilisé et suivi dans ses addictions » (sept.-14)</p>	
22 bis	F	S	nov.-17	×	0,4	1	1	<p>« UN POINT AVEC ARIA A ETE FAIT MLLE RELEVÉ D UN CHRS OU D UN ALT EN DIFFUS ELLE EST EXPULSÉE LE 07/08/11. SUIVIE PAR MME Véronique DEMANDE FAITE PAR ALPIL » (août-11)</p>	
23	M	S	juil.-12	×	5,7	11	2	<p>« passage de hassan educ à pause diablo pr actualiser dde de monsieur, tjs suivi par pause, tjs en demande, une orientation prochaine sur carteret serait adapté » (août-13)</p> <p>« passage de l'équipe de Pause Diabolo qui suit monsieur. Monsieur n'a pas de téléphone portable mais possibilité d'appeler Pause Diabolo (Le MAS) pour avoir des informations sur la situation de monsieur. Monsieur a besoin d'une place dans une structure cadrante et sécurisante » (nov.-12)</p>	
24	M	S	mars-13	sept.-17	4,5	12	1	<p>« M est connu de pause diablo connu du cao benoît releve aujourd'hui de l'urgence difficulté d'expression orale en attente de diag » (sept.-17)</p>	
25	M	S	avr.-16	×	2,0	23	0		
26	M	S	juil.-15	×	2,7	0	0		

Légende
S Seul
EC En couple

ANNEXE 7

Récapitulatif du nombre de références faites aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO, associé au nombre de nuits obtenues.

Usager	Référence(s) aux addictions	Durée du dossier / en année(s)	Nombre total de nuits sur la période	Nuits obtenues	Sur période(s)	
					< 15 jours consécutifs	> 15 jours consécutifs
Benjamin	1	4,6	1 690	1 674	0	1 674
Gaëtan	2	3,3	1 199	289	1	288
Loïc	1	3,7	1 352	608	14	594
Malik	0	1,1	419	419	0	419
Sandro	4	6,2	2 261	646	130	516
Yannick	2	2,8	1 018	610	28	582
7	1	5,4	1 965	351	50	301
8	3	2,6	941	0	0	0
9	3	6,0	2 194	634	4	630
10	5	4,4	1 619	158	0	158
11	1	0,6	211	25	0	25
12	0	0,2	86	1	1	0
13	0	0,5	174	0	0	0
14	10	3,9	1 427	199	79	120
15	4	1,7	637	74	0	74
16	3	5,0	1 826	98	60	38
17	1	6,1	2 211	68	68	0
18	8	4,8	1 757	1 186	0	1 186
19	0	5,9	2 149	74	0	74
20	3	4,4	1 611	11	11	0
21	3	0,5	188	3	3	0
22	2	3,9	1 438	1 351	0	1 351
22 bis	1	0,4	147	0	0	0
23	2	5,7	2 093	1 685	0	1 685
24	1	4,5	1 657	427	2	425
25	0	2,0	733	82	1	81
26	0	2,7	987	172	0	172

ANNEXE 8

Courrier initial de présentation de ma démarche aux CHRS



Lyon, le 1^{er} octobre 2017

A l'attention des structures lyonnaises d'hébergement

Objet : problématiques addictives et insertion sociale

Bonjour,

Je suis éducateur spécialisé à Pause Diabolo et je conduis actuellement une étude sur l'accompagnement, au sein des structures d'hébergement, des personnes ayant une conduite addictive. Ce travail relève de la mission « d'aller vers » de notre CAARUD, tout en s'inscrivant par ailleurs dans le cadre d'une recherche universitaire en sociologie.

Mon questionnement s'enracine dans le constat de la précarité importante des usagers que nous accueillons à Pause Diabolo ; leurs difficultés d'accès à l'hébergement est notamment préoccupante.

Deux ans après la publication du guide : « *Addictions et lutte contre les exclusions* »*, je cherche à avoir une meilleure visibilité des pratiques qui ont cours aujourd'hui et des actions concrètes menées à l'échelle de notre territoire.

Dans un premier temps, je souhaiterais mener **une analyse documentaire** sur les principaux écrits qui fixent le cadre d'intervention au sein des structures d'hébergement :

- **le projet d'établissement,**
- **le contrat de séjour,**
- **et le règlement de fonctionnement.**

Mon objectif est simplement de voir si la question de l'usage de drogues est abordée dans ces différents documents - et si oui, en quels termes.

Les données recueillies seront anonymisées, et je m'engage bien sûr à vous communiquer les résultats de ce premier travail.

Par la suite, il pourrait être intéressant de mener une réflexion partenariale autour de ces questions.

Restant à votre disposition pour échanger avec vous sur cette démarche, je vous remercie pour les documents que vous accepterez de me transmettre.

Cordialement,

Olivier Rostane
o.rostane@mas-asso.fr
06 xx xx xx xx

* FNARS, Fédération Addiction (2015) *Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble* [en ligne]
Disponible sur <http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21567>

ANNEXE 9

Compte-rendu de la réunion de préparation au temps d'échange à Carteret (1/2)

CHRS Carteret - CAARUD Pause Diabolo
Compte-rendu de la réunion du 14 novembre 2017
Préparation au temps d'échange avec les hébergés

Présent-e-s : Sabrina et Anaïs (Carteret), Hassan et Olivier (Pause Diabolo).

Rédacteur : Olivier

Principaux constats <i>(réunion du 17/10/17)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Des représentations subsistent autour de l'usage de drogues, à la fois chez les hébergés et chez les professionnels.• Inquiétude du groupe des hébergés sur les produits qui circulent dans l'établissement (deal, voire trafic).• Les consommations constituent à nouveau un tabou au sein du CHRS.
Alcool vs autres produits	<ul style="list-style-type: none">• Nécessité d'insister sur l'ensemble des produits en dehors de l'alcool (drogues illicites, médicaments détournés de leur usage, etc.), afin que cette intervention soit complémentaire de celle proposée par l'équipe mobile d'ARIA.• L'alcool est perçu différemment des autres drogues. Les consommations d'alcool se voient, et ne semblent pas « faire souci » pour les résidents. Concernant les autres drogues (notamment illicites), ils disent le plus souvent ne pas en consommer. Selon eux : « personne ne prend rien ».
Déroulement de l'intervention	<p>Cette rencontre se déroulera en trois temps :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Nous introduirons en rappelant le cadre proposé par Carteret (Sabrina et Anaïs) :<ul style="list-style-type: none">- Possibilité de parler des consommations,- Possibilité de consommer au sein du CHRS,- Explication des raisons de ce choix institutionnel.<p>Ce rappel peut aider à « libérer la parole » autour des consommations (sachant que les hébergés ne sont pas forcément tous au clair avec ce fonctionnement).</p><p>Certains hébergés présents ne seront sans doute pas concernés directement par l'usage de drogues. Pour autant, il est intéressant qu'ils participent à l'échange. Comment faire en sorte qu'ils puissent s'entraider entre eux ?</p>2) Nous pourrions ensuite échanger sur les produits consommés (les hébergés ont <i>a priori</i> une forte consommation de médicaments et font beaucoup de mélange de produits).<p>Intérêt d'entrer par la porte des « dépendances », en réfléchissant autour de cette notion.</p>3) Nous poursuivrons sur la manière dont les hébergés consomment. C'est une façon de parler plus directement des pratiques de RdR.

Compte-rendu de la réunion de préparation au temps d'échange à Carteret (2/2)

	<p><i>Prévention autour des thématiques suivantes (Hassan et Olivier) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information autour de l'hépatite C, en restant au plus près de la réalité des pratiques (risques associés au sniff, conseils de consommation, etc.). - Sensibilisation aux risques d'overdoses (pureté du produit consommé, produits de coupe, association des produits, etc.). - Présentation des outils de RdR (analyse de produits, intérêt de la filtration, etc.).
<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de pouvoir échanger autour du deal, en dédramatisant cette pratique tout en responsabilisant les personnes. Importance de s'inquiéter de l'autre dans un souci de prévention. • Il faudra être vigilant à ce que les échanges ne soient pas trop accaparés par le règlement de fonctionnement. Celui-ci indique, par exemple, que les résidents ne peuvent consommer que seuls dans leur bungalow. Cette règle n'est pas toujours bien comprise, et tous les professionnels ne sont pas forcément en accord avec elle (cette pratique peut renvoyer à une forme de culpabilisation de l'utilisateur). Pour autant, même si cette règle n'est pas forcément respectée, elle présente l'intérêt de « limiter » d'éventuels débordements.
<p>Organisation pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deux professionnels de Carteret seront présents, peut-être trois. • Réalisation d'une affiche pour informer les hébergés. Cette affiche sera déclinée en flyer que l'équipe de Carteret pourra remettre directement aux personnes. Olivier s'occupe de faire une proposition. • L'équipe incitera fortement les personnes concernées à participer. • Même si cette rencontre est aussi un support à la recherche universitaire menée par Olivier, il n'est pas possible d'enregistrer le contenu des échanges. Cela bloquerait la parole de certaines personnes dans un contexte où nous cherchons justement à la libérer. • Nous prévoyons d'organiser cette rencontre le jeudi 14 décembre à 14h. • Les alertes sanitaires seront désormais transmises à Carteret pour sensibiliser les hébergés aux produits qui circulent.

ANNEXE 10

Analyse du cadre d'intervention en CHRS
Tableau du suivi de la collecte des documents (septembre 2017 → avril 2018)

Association	CHRS	Interlocuteur	Date des documents		Première relance	Relance(s) suivante(s)	Projet d'établissement	Contrat de séjour	Règlement de fonctionnement	Livret d'accueil	Fiche d'admission ou dossier individuel d'accueil	DIPC
ALYNEA	Carteret	Karim	11 sept.	12 sept.	29 nov.	3 avril 13 avril	X 14 sept.	X 13 avril	X 13 avril			
			11 sept.	12 sept.								
FAS	Cité de Lyon	Coralie	18 sept.		29 sept.	14 fév. 12 mars 21 mars	X 21 mars	X 21 mars	X 21 mars	X 21 mars	X 21 mars	
FNDSA	CGR - 122	Stéphanie	8 sept.	13 sept.	22 nov.		X 22 nov.		X 22 nov.	X 22 nov.	X 30 mars	
LAHSO	Riboud	Aurélien	sept.	27 oct.	24 nov.				X 24 nov.	X 24 nov.		
Le MAS	Francis FEYDEL	Valérie	18 sept.		6 oct.		X 7 oct.	X 7 oct.	X 22 sept.			
	Liotard	Martine	10 oct.		14 mars	21 mars	X 28 mars	X 29 mars	X 29 mars			
	Résidence	Meryem	19 sept.		3 oct.	15 mars	X 20 mars					
OPPELIA (ARIA)	Apus	Bénédicta	18 sept.	19 sept.	16 oct.		X 24 oct.	X 24 oct.	X 24 oct.	X 24 oct.		X 24 oct.

1 Téléphone
 2 Courriel
 3 Rencontre
 4 Entretien
 Légende

ANNEXE 11.1

Grille d'entretien à l'attention des professionnel·le·s des CHRS (1/3)

ANACIS

Nov. 2017

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT

Rappel de l'étude et de son déroulement :

Je vous remercie d'avoir accepté cette rencontre.

Je vais vous repreciser le cadre de ma démarche. Je travaille donc à Pause Diabolo depuis une dizaine d'années, et je m'intéresse à l'accompagnement – au sein des structures d'hébergement – des personnes qui consomment des produits psychoactifs. Je mène plus précisément une étude sur l'approche qu'ont les CHRS de la problématique addictive. Je ne suis pas dans une démarche de « jugement ». J'aimerais simplement mieux comprendre le fonctionnement de votre structure par rapport à ce public.

Pour moi, l'intérêt de cette démarche est aussi de pouvoir ouvrir des perspectives de collaboration.

Si vous en êtes d'accord, j'aimerais pouvoir enregistrer notre entretien. C'est important pour m'aider à retranscrire fidèlement vos propos.

- Accord sur la durée approximative de l'entretien.
- Avez-vous des questions ?

▶ Thème 1 : CONNAISSANCE DE(S) (L')INTERLOCUTEUR(S) ET DE L'ÉTABLISSEMENT

- Rappel de la fonction occupée au sein de la structure. Depuis quand ? Quelle est votre formation ?
- Avez-vous déjà travaillé, ou effectué un stage, dans le domaine de l'addictologie ?
- Pouvez-vous présenter votre établissement en quelques mots (type d'agrément, organisme gestionnaire) ?

▶ Thème 2 : FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL CONCERNANT LA PROBLÉMATIQUE

2.1. Les usagers de drogues parmi les résidents

- Savez-vous qu'une personne est consommatrice au moment de son accueil dans l'établissement ? Ce critère rentre-t-il en compte dans votre décision d'admission ?
- A combien estimez-vous la proportion des résidents de votre structure qui consomment des produits psychoactifs ?
*Parmi eux, quels produits vous semblent être majoritairement consommés ?
Quel « mode de prise » vous semble être le plus répandu (fumé, sniff, injection) ?*
- Faites-vous une différence entre la consommation d'alcool, de psychotropes, de TSO, etc. ? Si oui, laquelle ?

Grille d'entretien à l'attention des professionnel·le·s des CHRS (2/3)

2.2. Partenariat(s)

- Existe-t-il des partenariats autour de la problématique addictive ? Si oui, avec quelle(s) structure(s) ?
Ce(s) partenariat(s) vise(nt) à répondre à quel(s) type(s) de difficulté(s) ?
Quelles sont les actions mises en place ?
Quels acteurs sont impliqués au sein de l'établissement (y compris les usagers) ?

2.3. Sensibilisation/formation en addictologie

- Avez-vous déjà proposé à votre équipe une formation en addictologie et/ou sur la RdR liés à l'usage de drogues (**distinction importante**) ?
 < *Si oui, quels bénéfices votre équipe en a-t-elle retiré ?*
 < *Si non, pour quelles raisons ?*
- Pensez-vous aujourd'hui qu'une telle formation pourrait être utile et pourquoi ?

2.4. Formalisation du positionnement institutionnel

- La question des addictions est-elle abordée dans les différents écrits qui fixent le cadre de votre intervention (projet d'établissement, contrat de séjour et règlement intérieur) ?
 < *Si oui, en quels termes ?*
 < *Si non, pensez-vous mener une réflexion sur cette question dans le cadre de la réécriture de ces documents ?*

▶ Thème 3 : DESCRIPTION DES PRATIQUES

3.1. Vécu, difficultés et réactions face aux situations

- Si vous étiez témoin de la consommation d'un résident, quelle serait votre réaction ?
Cette situation vous mettrait-elle en difficulté ? Pourquoi ?
- Si l'un de vos collègues était témoin de la consommation d'un résident, quelle serait a priori sa réaction ?
Cette situation mettrait-elle l'équipe en difficulté ?
Vous sentez-vous suffisamment outillés pour y répondre, au niveau institutionnel ?
- Pouvez-vous me parler de la situation d'un résident dont les conduites addictives vous ont particulièrement déstabilisé ?
A quelles difficultés avez-vous été confrontés dans cette situation ?
Quels moyens avez-vous mis en place pour y répondre ?
- Qu'est-ce qui « fait problème » pour vous sur la question de l'accompagnement de ces résidents ? Si vous deviez le résumer en quelques phrases, comment le verbaliseriez-vous ?
- Les consommations peuvent-elle être à l'origine d'une fin de prise en charge ?

Grille d'entretien à l'attention des professionnel·le·s des CHRS (3/3)

3.2. La démarche de RdR au sein de la structure

- L'usage de drogues est-il quelque chose qui est « parlé » dans l'établissement ?
Entre professionnels ? Si oui, dans quel cadre (informel, réunions...) ?
Entre les résidents et les professionnels ? Si oui, sous quelle forme (échanges individuels, en groupe...) ?
- De l'information sur les produits et les prises de risques est-elle disponible dans l'établissement ? Si oui, sous quelle forme (dépliants, réunions d'information/prévention, flyer/orientation CAARUD...)?
- Les usagers de drogues peuvent-ils se procurer du matériel de consommation au sein de l'établissement ? Si oui, quel type de matériel ?
- Des containers de récupération sont-ils disponibles dans l'établissement ? Si oui, de quelle façon ?
- Les usagers prennent-ils part à des actions de prévention dans ce domaine ?
→ *Si non, ou partiellement, pourquoi ?*
D'où viennent les résistances ?
Quelles seraient les conditions pour que vous vous en saisissiez davantage ?

▶ Thème 4 : PERCEPTION DU LIEN ENTRE HÉBERGEMENT ET RDR

- Selon vous, quel rôle peut jouer un lieu d'hébergement dans la démarche de RdR d'un usager ?
Pouvez-vous prendre l'exemple du parcours de l'un de vos résidents ?
Le fait d'être hébergé dans votre établissement a-t-il été bénéfique pour lui sur le plan des consommations ?

ANNEXE 11.2

Grille d'entretien à l'attention des usagers (1/3)

ANACIS

MARS 2018

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF À L'ATTENTION DES USAGERS

Rappel de l'étude et de son déroulement :

Je te remercie d'avoir accepté cet échange.

Je vais te préciser le cadre de ma démarche. Je suis donc éducateur à Pause Diabolo et je mène un travail universitaire sur l'accès à l'hébergement des usagers de drogues. Je m'intéresse au vécu des personnes consommatrices au sein des CHRS, à la manière dont ils vivent le fait de consommer.

L'étude est anonyme et confidentielle. Je n'ai aucun compte-rendu à faire à l'établissement. Si une question te gêne, ne te sens pas obligé d'y répondre.

Si tu en es d'accord, j'aimerais pouvoir enregistrer notre entretien. C'est important pour m'aider à retranscrire fidèlement tes propos.

- Accord sur la durée approximative de l'entretien.
- As-tu des questions ?

► Thème 1 : **RECOURS / ACCÈS À L'HÉBERGEMENT**

- As-tu eu déjà recours à une structure d'hébergement (CHU, CHRS, Maison Relais) ?
- Peux-tu retracer ton parcours lié à l'hébergement ?
- Peux-tu me décrire les conditions d'accès à ce type de structures ?
- Selon toi, tes pratiques de consommations ont-elles eu un impact sur les décisions prises ?

► Thème 2 : **PRATIQUES DE CONSOMMATION AU SEIN DE L'HÉBERGEMENT**

- Consommes-tu des produits au sein de l'établissement (dans ta chambre, sur les parties collectives) ?
Quel type de produits ?
Selon quel(s) mode(s) de prise (fumé, sniff, injection) ?
- Où te procures-tu du matériel ? Au sein du CHRS ? A l'extérieur (en CAARUD, en pharmacie, au CSAPA) ?
- Est-ce que d'autres personnes savent que tu consommes ? Si oui, lesquelles (les autres résidents et/ou les professionnels) ?

■ *Questions spécifiques aux usagers rencontrés en dehors d'un CHRS*

Grille d'entretien à l'attention des usagers (2/3)

► Thème 3 : VÉCU AUTOUR DE LA CONSOMMATION

Professionnels

- As-tu pu en parler avec des professionnels ?
Est-ce que tu t'es senti suffisamment en confiance pour aborder ce sujet, ou est-ce que quelqu'un en a parlé avec toi ?
- Le(s)quel(s) (réfèrent·e social·e, autre travailleur·euse social·e, infirmier·ère directeur·trice...) ?
A quel moment (entretien d'admission ou plus tard) ?
Dans quel cadre (entretien individuel, dans le collectif) ?
Dans quelles circonstances ?
- Quelle a été sa/leur réaction ?
T'es-tu senti jugé par rapport à tes consommations ?
Penses-tu avoir eu un traitement différent des autres (« la chambre du fond de l'hôpital »...) ?
- T'ont-ils conseillé quelque chose ?
- Savent-ils que tu fréquentes un CAARUD et/ou un CSAPA ?
- Préfères-tu rester discret sur tes consommations ? Pourquoi ?

Résidents

- As-tu pu en parler avec des résidents ?
Est-ce que tu t'es senti suffisamment en confiance pour aborder ce sujet, ou est-ce que quelqu'un en a parlé avec toi ?
- Le(s)quel(s) (des consommateur·rice·s, d'autres résident·e·s) ?
Dans quelles circonstances ?
- Quelle a été sa/leur réaction ?
T'es-tu senti jugé par rapport à tes consommations ?
Est-ce que cette pratique a eu un impact sur tes relations avec les autres ?
- T'ont-ils conseillé quelque chose ?
- Préfères-tu rester discret sur tes consommations ? Pourquoi ?

- L'établissement organise-t-il des actions de prévention dans ce domaine ? Des groupes de paroles ? Echanges avec des professionnels d'autres structures ?

► Thème 4 : PERCEPTION DU CADRE INSTITUTIONNEL

- Les règles de l'établissement te semblent-elles claires par rapport à l'usage de drogues ?
Quelles sont-elles ?
*(L'alcool, le tabac et les médicaments sont-ils perçus différemment des autres produits ?
L'injection est-elle une pratique qui fait beaucoup plus « peur » que les autres modes de consommations ?)*
- Comment l'interdiction des consommations te semble-t-elle justifiée, le cas échéant ?
Sécurité pour ta santé (overdose dans la chambre...) ? Respect de la loi ? Risque de débordements sur le collectif (bagarre, deal...) ? Jugement moral (« c'est pas bien de consommer ») ?

Grille d'entretien à l'attention des usagers (3/3)

► Thème 5 : FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT / PERSPECTIVES

- T'es-tu déjà fait exclure temporairement ?
- Penses-tu pouvoir rester longtemps dans cet hébergement ?
- Aimerais-tu y rester longtemps ? Si non, où aimerais-tu aller ?
- Dans quelles circonstances as-tu quitté l'hébergement ?
Contrat de séjour non renouvelé ? Exclusion ? Si oui, pour quelles raisons ? Y avait-il un rapport avec l'usage de drogues ?

ANNEXE 11.3

Grille d'entretien à l'attention de la coordinatrice de la MVS (1/2)

ANACIS

MARS 2018

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF À L'ATTENTION DE LA COORDINATRICE DE LA MVS

Rappel de l'étude et de son déroulement :

Je vous remercie d'avoir accepté cette rencontre.

Je vais vous préciser le cadre de ma démarche. Je travaille donc à Pause Diabolo depuis une dizaine d'années, et je mène un travail universitaire sur l'accès à l'hébergement et au logement des usagers de drogues. Mon étude concerne plus spécifiquement la prise en compte de la problématique addictive dans le parcours des usagers lié à l'hébergement. Je ne suis pas dans une démarche de « jugement ». J'aimerais simplement mieux comprendre le fonctionnement de la MVS par rapport à ce public.

Si vous en êtes d'accord, j'aimerais pouvoir enregistrer notre entretien. C'est important pour m'aider à retranscrire fidèlement vos propos.

- Accord sur la durée approximative de l'entretien.
- Avez-vous des questions ?

▶ Thème 1 : DIAGNOSTICS SOCIAUX

- Arrive-t-il que la « problématique addictive » soit mentionnée dans les diagnostics sociaux et/ou dans les notes informatives du logiciel PROGDIS ? Si oui, dans quelle partie du diagnostic ?
- Les personnes qui font les diagnostics à la MVS sont-elles sensibilisées aux difficultés que rencontrent les consommateurs ?
Si oui, dans quelle proportion et de quelle manière : expérience professionnelle, formation en interne (en addictologie ou à la RdR en particulier) ?

▶ Thème 2 : COMMISSIONS D'ATTRIBUTION

2.1. Composition des commissions d'attribution

- Comment sont composées les commissions ?
Des structures en addictologie (CSAPA et/ou CAARUD) y sont-elles représentées ?
- Les membres de ces commissions sont-ils sensibilisés aux difficultés que rencontrent les consommateurs ?
Si oui, dans quelle proportion et de quelle manière : expérience professionnelle, formation en interne (en addictologie ou à la RdR en particulier) ?
- Ont-ils connaissance de la politique menée par chaque CHRS vis-à-vis de la consommation de produits psychoactifs ?

Grille d'entretien à l'attention de la coordinatrice de la MVS (2/2)

2.2. Fonctionnement de ces commissions

- La question des addictions est-elle parfois abordée en commission ? Fait-elle l'objet de débats, voire de désaccords ? Si oui, en quels termes ?
- Le fait que *Pause Diabolo* (ou un autre CAARUD, un CSAPA) soit à l'origine du diagnostic influence-t-il la nature des échanges et les décisions prises ?
- Si la problématique addictive est prise en compte, avez-vous des orientations privilégiées (Carteret par exemple) ?

▶ Thème 3 : PERSPECTIVES

- La MVS a-t-elle mené une réflexion sur la spécificité de l'hébergement des usagers de drogues ? A-t-elle été interpellée par des associations ou d'autres acteurs à ce sujet (la Ville, l'ARS...)?
- A votre avis, quelles seraient les pistes pour améliorer l'accès à l'hébergement et au logement des usagers de drogues par rapport au fonctionnement actuel de la MVS ?

ANNEXE 12

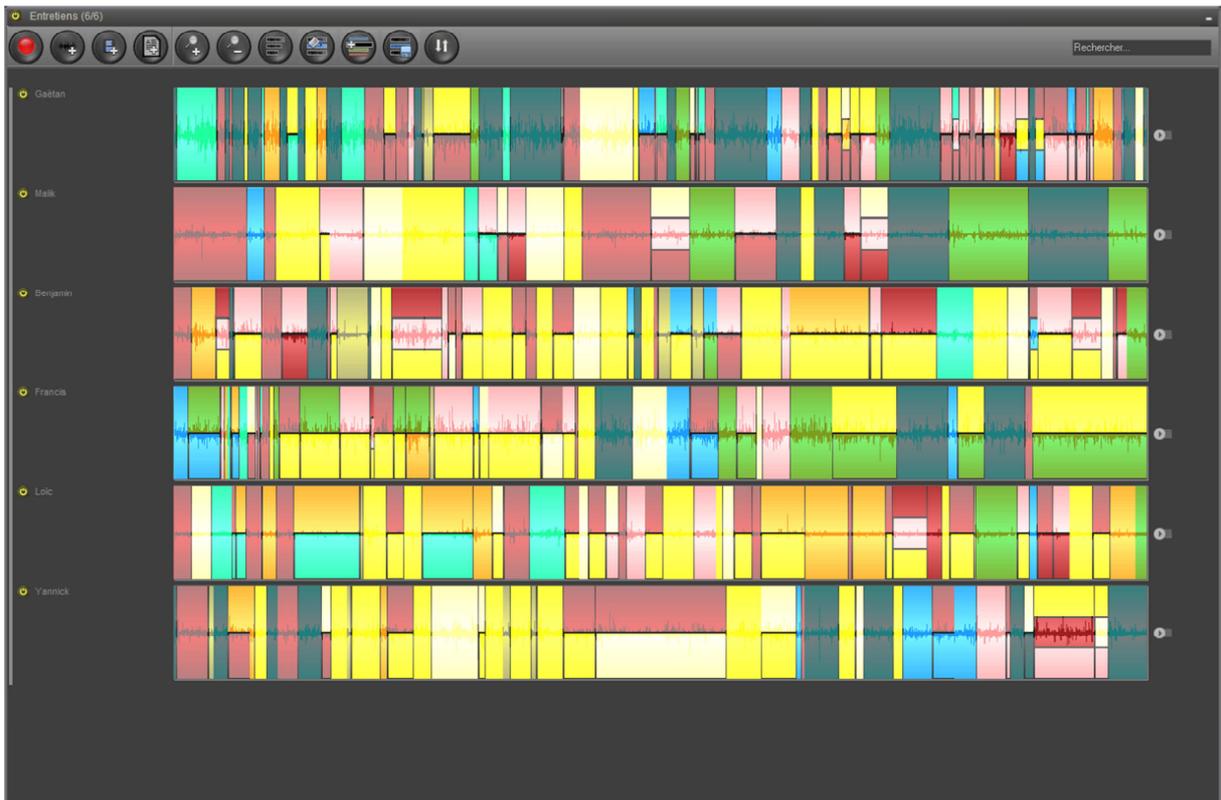
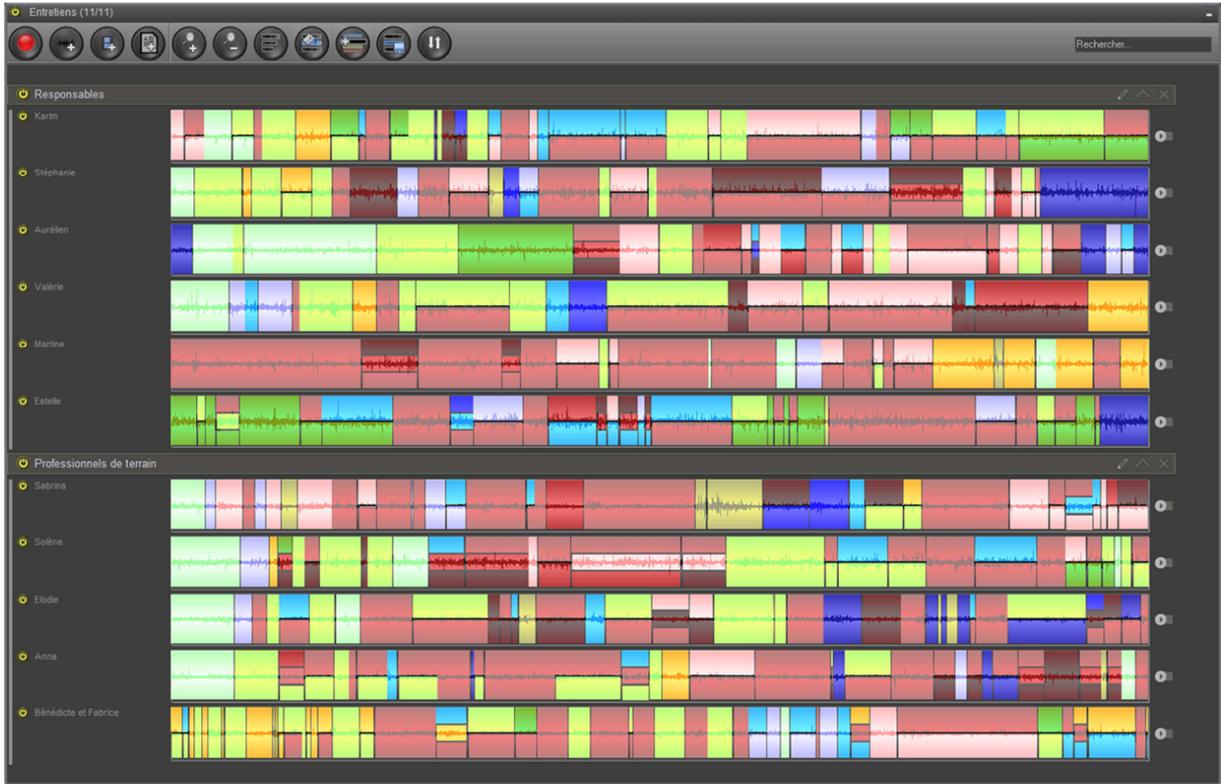
Tableau récapitulatif
de mes démarches d'enquête

CHRS	Type de CHRS *	Entretiens												Analyse documentaire	Analyse de dossiers MVS
		Professionnels				Usagers				Participation observante					
		Responsables		Professionnels de terrain		Prénom		Date		Durée		Nature			
Prénom	Date	Durée	Prénom	Date	Durée	Prénom	Date	Durée	Prénom	Date	Durée	Nature	Date		
ALYNEA	M	Karim	29/11/17	1:24	Sabrina	16/04/18	0:56	Gaëtan	22/03/18	1:23	Résidents et pro.	14/12/17	×		
FAS	M				Solène	25/04/18	1:24	Malik	16/04/18	0:38	Vignette « Sandro »	10/04/18	×		
FNDSA	M	Stéphanie	22/11/17	1:05	Élodie	19/03/18	0:48						×		
LAHSO	M	Aurélien	24/11/17	1:05	Anna	30/03/18	1:01						×		
Le MAS	M/E	Valérie	03/04/18	1:02									×		
	E	Martine	14/03/18	0:55									×		
OPPELIA (ARIA)	E				Bénédicte	20/04/18	1:28						×		
		Apus			Fabrice										
Le MAS								Benjamin	19/03/18	0:50	Am thématique	28/03/18			
		Pause Diabolo						Francis	29/03/18	1:05	(vignette Pierrick)	09/04/18			
OPPELIA (ARIA)		Ruptures			Chantal	19/04/18	0:53	Loïc	13/04/18	0:41	Réunion équipe				
OPPELIA (ARIA)		Équipe Mobile en addictologie			Corinne	20/04/18	0:26	Yannick	16/04/18	0:46					
MVS du Rhône						03/05/18	0:55								
		Estelle	12/04/18	0:47											

* M : Monobloc
E : Éclaté
(La durée des entretiens est exprimée au format h:mn)

ANNEXE 13

Aperçu global de la thématisation, sur Sonal, des entretiens avec les professionnel-le-s (fenêtre du haut) et les usagers (en bas).



ANNEXE 14

Relevé des références faites aux addictions dans les différents documents de cadrage des CHRS (sur quatre pages)

PROJET D'ÉTABLISSEMENT	Aucune référence	NC
Carteret (2016)		
<p>« [...] accueil de manière inconditionnelle avec un haut seuil de tolérance, y compris aux addictions [...] » (5)</p> <p>« [...] les structures déjà existantes sont inadaptées en raison de leurs addictions, de leurs animaux de compagnie [...] » (11)</p> <p>CHRS dédié, dès sa création, aux « personnes [...] présentant des problématiques de santé et en particulier des dépendances alcoolique et aux autres produits psychoactifs » (13)</p> <p>« Le public [...] présente des problèmes d'addiction à 90 % » (id.)</p> <p>« En tant que professionnels de l'aide sociale, nous respectons l'usager de drogue dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de produits. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes » (14)</p> <p>« Les personnes accueillies sont responsables [...] de leurs conduites addictives » (id.)</p> <p>Travail individuel « sur les conduites addictives qui seraient des freins à la sortie de la personne de notre structure » (15)</p> <p>« Le but étant de voir si la personne peut gérer son mode de consommation sans se mettre en difficulté. Et si dans le parcours de la personne nous constatons que les conduites addictives sont un frein, nous allons travailler dessus » (id.)</p> <p>« En raison du haut seuil de tolérance, sont souvent orientées à Carteret des personnes qui ne pourraient ou ne peuvent maintenir leur place au sein de centres d'hébergements plus traditionnels pour des raisons d'addictions, de ressources et de mode de vie » (16)</p> <p>« Le haut seuil de tolérance permet d'accepter ces personnes [ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie]. C'est à partir du groupe que leurs comportements se régulent » (id.)</p> <p>« [...] c'est moins la consommation qui est interdite que les comportements qui peuvent en résulter » (17)</p> <p>« Cette limite de l'abus ne concerne pas seulement l'alcool mais toutes les consommations et les attitudes qui empêchent le collectif de vivre le plus sereinement possible » (id.)</p> <p>« La consommation des produits addictifs (alcool, drogues...) est reconnue à l'intérieur du CHRS sur les parties privatives et de façon individuelle. L'usage excessif de l'alcool et de drogues est interdit s'il provoque des comportements portant atteinte aux droits des autres » (id.)</p> <p>« Les personnes accueillies présentent des problématiques de santé majoritairement liées à des problématiques de dépendances. Ce CHRS a dans son projet initial, la particularité de tolérer la consommation d'alcool et de substances » (18)</p> <p>« L'équipe travaille [...] sur plusieurs dimensions : l'habiter, l'hygiène, l'insertion, le projet de sortie et les addictions » (id.)</p> <p>« Au vu du public nous avons pensé un accompagnement plus spécifique destiné aux personnes ayant des problèmes d'addictions pour leur permettre de gérer leurs besoins et leur permettre ainsi de pouvoir se projeter vers un ailleurs (logement, pension de famille...) » (23)</p> <p>« Nous travaillons également avec la personne sur les différentes alternatives possibles pour gérer ses consommations » (id.)</p> <p>« L'accompagnement social et la recherche d'autonomie sont au cœur de la mission de Carteret » (id.)</p> <p>Travail de l'équipe : « gestion des conséquences des addictions (ivresse...) » (25)</p> <p>« Le collectif va permettre aux hébergés de se parler, d'échanger sur leurs difficultés, de donner un avis, d'échanger sur leur expérience (alcool, drogue... et le discours des hébergés aura sûrement une plus grande résonance que celui du travailleur social) » (27)</p> <p>Travail en partenariat avec des structures spécialisées, notamment l'équipe mobile d'ARIA et Pause Diabolo (30-33)</p>		
Cité de Lyon (mars 2013)		
<p>Référence au guide de « bonnes pratiques » de l'ANESM concernant « le secteur de l'addictologie » (1)</p> <p>« La grande majorité des personnes présente des problèmes de santé et d'addiction qu'elles ne sont pas capables de gérer par leur propre initiative » (7)</p> <p>Publics concernés par les lits d'urgence au CHRS :</p> <p>« femmes très marginalisées [...] souffrant fréquemment d'une dépendance à l'alcool »</p> <p>« jeunes en errance avec conduite addictive, sortants de prison ou de centres de soins » (9)</p> <p>Caractéristiques du publics accueillis dans les ateliers et chantiers d'insertion : « instabilité, problèmes d'ordre psychosocial,</p>		

<p>de santé, de dépendance (alcool, toxicomanie) » (13)</p> <p>« Les partenariats opérationnels du CHRS » : l'association ARIA est citée (27)</p>	
<p>CGR - 122 (octobre 2009)</p> <p>« [...] pour environ 80 % de la population accueillie, les addictions sont multiples » (13)</p> <p>« La problématique alcoolique est de loin la plus répandue. Les personnes souffrant de troubles alcooliques représentent environ 80 % des personnes accueillies en Centre d'Hébergement d'Urgence » (id.)</p> <p>« Les problématiques (poly)toxicomaniaques [...] représentent environ 29 % de la population accueillie. Cette polytoxicomanie (alcool, drogues, médicaments) [...] est due en partie à une grande souffrance affective et participe d'une certaine forme d'autodestruction » (14)</p> <p>« Les personnes dont la situation semble sans issue : [...] individus aux problématiques multiples (processus de clochardisation, troubles psychiatriques, maladie alcoolique, etc.) »</p> <p>« [...] nécessité d'un référent de proximité (notamment pour les personnes ayant des problématiques psychiatriques et/ou d'addiction) » (21)</p> <p>Travail en partenariat avec « les dispositifs spécialisés : logement, dépendance, sortants de prison, grands exclus, etc. » (22)</p>	
<p>Riboud</p> <p>Francis FEYDEL (décembre 2013)</p> <p>« 1/3 des personnes accueillies souffrent d'addictions : alcoolisme, produits psychotropes, médicaments. Les personnes en souffrance psychique sont particulièrement exposées à la consommation et au mésusage de substances psycho-actives » (12)</p> <p>Aucun partenariat avec des structures spécialisées en addictologie n'est cité (20)</p> <p>« [...] des actions de préventions sont organisées au sein de l'établissement en fonction de besoins repérés chez et par les résidents : prévention des risques sexuels, consommation du tabac... » (21)</p>	×
<p>Liotard (septembre 2017)</p> <p>« Le profil [des personnes à l'entrée en prison] est marqué par des difficultés importantes d'insertion dans plusieurs domaines : [...] santé, psychiatrie, addictions, handicap » (24)</p> <p>« 60 % [des personnes incarcérées] sont considérées comme addictives à l'alcool et aux produits stupéfiants » (id.)</p> <p>« Le besoin de prendre en charge les addictions : selon une étude de l'OFDT datant de 2003, 34,7 % des détenus seraient en proie à un problème d'addictions tous produits confondus (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) » (44)</p> <p>« Le service est connecté à des partenaires spécialisées comme le CSAPA Croix-Rousse, le CSAPA ARIA, le CAARUD Pause Diabolo » (id.). Ces partenariats sont rappelés plusieurs fois (68, 69)</p> <p>Les questions relatives à la santé et aux addictions peuvent être abordées au cours de « l'entretien d'évaluation » (46)</p> <p>« Certaines visites peuvent être très courtes dans la mesure où elles arrivent à un moment qui pourrait être considéré comme intrusif dans la vie de la personne : des amis présents pour manger, un état d'alcoolisation important, sous la douche, au lit... » (63)</p>	
<p>Résidence</p> <p>« En vue d'une prise en compte de la santé : [...] aide à la prise de décision (démarche de soins type cure), orientation vers des dispositifs adaptés (service d'aide aux personnes toxicomanes, service de soutien aux personnes dépendantes) » (12)</p> <p>Aucun partenariat avec des structures spécialisées en addictologie n'est cité (16).</p>	
<p>Apus (février 2016)</p> <p>« Les bénéficiaires : [...] personnes majeures [...] rencontrant des difficultés d'ordre : [...] psychique (troubles psychiques ou pathologies psychiatriques, usage problématique ou dépendance à un ou plusieurs produits psychotropes) » (12)</p> <p>« 38 % [des bénéficiaires] présentent des troubles psychiatriques avérés (dont maladie mentale et addiction) » (14)</p> <p>« La création de l'association ARIA et la constitution du CSAPA du Griffon dans le même immeuble a permis de différencier totalement les objectifs et les modalités d'intervention des deux établissements tout en maintenant entre eux les articulations nécessaires, et notamment dans le champ du soin des addictions » (15)</p> <p>Le partenariat : [...] dans le domaine de la santé : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les médecins généralistes, les Centres Médico-Psychologiques, les hôpitaux et cliniques de la région lyonnaise » (23)</p>	

CONTRAT DE SÉJOUR	
Carteret	
« Vous êtes tenu de respecter le règlement de fonctionnement de l'établissement précisant les conditions de tolérance au regard de l'alcool et des autres substances addictives »	
Cité de Lyon	×
CGR - 122	×
Riboud	×
Francis FEYDEL (juin 2016)	
L'accompagnement peut concerner le « soutien dans la lutte contre les addictions » (2)	
Liotard	×
Résidence	×
Apus	
« L'usage de produits illicites et la consommation abusive d'alcool sont interdits » (3)	
RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	
Carteret	
« Le CHRS CARTERET fonctionne [...] selon les logiques d'un accueil inconditionnel et d'une prise en charge " à bas seuil d'exigence " » (3)	
« La consommation des produits addictifs (alcool, drogues...) est tolérée à l'intérieur du CHRS . Par contre, l'abus de ces produits est interdit et peut entraîner des sanctions (exclusion temporaire, confiscation des bouteilles) » (id.)	
« Conformément à la législation en vigueur il est interdit de fumer dans les espaces collectifs. De même il est interdit de boire de l'alcool dans ces espaces » (8)	
Cité de Lyon	
<i>Version avril 2014</i>	
« Tous les espaces collectifs sont non-fumeurs. L'appartement famille est destiné à tout le monde, donc fumer y est interdit » (4)	
« L'introduction de substances toxiques ou d'objets dangereux est formellement interdite dans l'établissement » (id.)	
« [...] l'introduction de boisson alcoolisée est interdite ainsi que l'état d'ébriété jugé nuisible » (id.)	
« L'usage des médicaments à l'intérieur du CHRS est uniquement autorisé dans le cadre d'une prescription médicale (ordonnance valable d'un médecin). Toute consommation de médicaments hors prescriptions médicales sera considérée comme une consommation de "stupéfiants" » (10)	
<i>Version novembre 2017</i>	
« Les espaces collectifs [...] ainsi que l'appartement famille sont non-fumeurs. Seule la chambre mise à disposition est un lieu où la personne sera autorisée à fumer » (5)	
« L'usage excessif [d'alcool] est prohibé s'il provoque des comportements portant atteinte aux droits des autres personnes accueillies » (id.)	
« [...] la commercialisation d'une part et l'introduction de boisson alcoolisée d'autre part, est interdite » (id.)	
« [...] la Loi s'applique également pour toute introduction et tout trafic (vente, dons) de substances toxiques, d'objets dangereux ou de médicaments » (id.)	
CGR - 122 (août 2013)	
« L'introduction d'armes, d'alcool et de stupéfiant est strictement interdite au sein du CENTRE GABRIEL ROSSET »	
« [...] il est interdit de fumer dans tout l'établissement »	
Rappel de la sanction pour « trafic de stupéfiant/médicaments » : 1 an d'exclusion (extrait de l'annexe au règlement de fonctionnement intitulée : « Grille Cadre d'Actes et de Sanctions ».	
Riboud	
« L'introduction de drogue, d'alcool ou d'armes est interdite au sein de l'établissement »	

Francis FEYDEL (septembre 2016)		
« Conformément à la loi Évin, le Centre Francis FEYDEL est un lieu non-fumeur. Il vous est possible de fumer dans l'espace ouvert du jardin ou sur la terrasse du 3^{ème} étage » (2)		
« Conformément à l'article L3421-1 de la loi du 5 mars 2007, l'introduction de stupéfiants et de boissons alcoolisées est interdite. Un résident dans un état second ne pourra être admis dans les espaces collectifs » (id.)		
Liotard		
« Sont strictement interdits : [...] La consommation excessive d'alcool » (4)		
« Comme le stipule la Loi du 1 ^{er} février 2008, il est interdit de fumer dans les lieux publics et donc dans les locaux du CHRS collectifs (foyer, communs des appartements partagés, bureau) » (id.)		
« La détention et l'usage de stupéfiants sont interdits par la loi , donc au sein de l'établissement » (id.)		
Résidence		×
Apus (janvier 2016)		
« Il est interdit de consommer, d'acheter, de vendre, d'offrir des produits psycho-actifs ou autres médicaments dans les locaux de l'association et dans l'immeuble » (3)		
« Comme dans tout lieu affecté à un usage collectif, il est interdit de fumer dans les locaux d'ARIA et dans les escaliers de l'immeuble » (id.)		
LIVRET D'ACCUEIL		
Carteret		×
Cité de Lyon (juillet 2014)	×	
CGR - 122 (décembre 2015)		
« Les interdits : [...] D'introduire des boissons alcoolisées, des stupéfiants et produits illicites. [...] Tout manquement à ces règles est susceptible d'entraîner des sanctions allant de l'avertissement jusqu'à l'exclusion »		
Riboud	×	
Francis FEYDEL		×
Liotard		×
Résidence		×
Apus (septembre 2016)	×	

Légende :

- Caractéristiques du public accueilli
- Partenariats
- Relatif au règlement intérieur, au cadre, aux interdits.
- Autres éléments intéressants pour la recherche

(X) Numéro de page

id. *idem*

NC Non Communiqué

ANNEXE 15

*Analyse lexicale : interdit, tolérance, « régulation »
(comparatif du vocabulaire utilisé entre les usagers et les professionnel-le-s)*

Professionnels					
Registres	Terminologies utilisées	Fréquences			
32% Règlement	règle(s) (33)	67	96 19%		
	règlement (33)				
	réglementaire (1)				
	limite(s)				
	permissif-ive(s)				
22% Loi	loi	30	66 13%		
	légal-e (12)	27			
	illégal-e (7)				
	légalement (4)				
	illégalité (2)				
	légalité (1)				
	pas légal (1)				
	illicite(s)				
prohibée	8		48 10%		
16% Sanction	exclure (1) / FC (11)	21			
	exclusion(s) (8)	10			
	auto-exclure (1)				
	sanction(s) (9)				
	sanctionner (1)				
	expulser (2) / FC (3)				
	expulsion(s) (3)				
	confisquer (1) / FC (4)				
	confiscation (1)				
	virer (1) / FC (2)				
	<td rowspan="3">14% Interdiction</td> <td>interdit-e(s)</td> <td>32</td> <td rowspan="3">41 8%</td>		14% Interdiction	interdit-e(s)	32
interdire	6				
interdiction	3				
12% Obligation	FC d'« obliger » (15)	27	37 7%		
	obligation(s) (11)				
	obligatoire (1)				
	imposer (3) / FC (7)				
3% Rigidité	rigide(s) (2) / rigidité (1)	3	10 2%		
	rigueur	4			
	strict(s)	3			
1% Police	police	3	3 1%		
31%	39% Permission	permettre (12) / FC (47)	59	60 12%	
		permission	1		
	27% Acceptation	accepter (6) / FC (24)	30	41 8%	
		acceptable(s)	7		
		acceptation(s)	3		
		acceptabilité	1		
	24% Tolérance	tolérer (5) / FC (22)	27	36 7%	
		tolérance	4		
		tolérant-e(s)	3		
		tolérable	2		
7% Autorisation	autoriser (2) / FC (9)	11	11 2%		
3% Admission	admis-e	4	4 1%		
9%	49% Sécurité	sécurité	17	22 4%	
		sécurisant(s)	3		
		sécurer	1		
		sécurisée	1		
	20% Régulation	réguler (2) / FC (5)	7	9 2%	
		régulation	2		
13% Surveillance	FC de « surveiller »	6	6 1%		
9% Contrôle	contrôler	3	4 1%		
	contrôle	1			
9% Fouilles	fouiller (3) / FC (1)	4	4 1%		

498 occurrences sur 17 registres

Usagers			
Registres	Terminologies	Fréquences	
36% Sanction	virer (15) / FC (13)	28	37 21%
	exclure (2) / FC (1)	6	
	exclusion(s) (3)	2	
	punition		
	expulser		
15% Règlement	règlement (7)	13	15 8%
	règle(s) (6)	2	
	limite(s)		
17% Interdiction	interdit(s)	15	17 9%
	interdiction	1	
	interdisait	1	
14% Obligation	FC d'« obliger »	12	14 8%
	obligation	1	
	obligatoire	1	
12% Police	flic(s)	8	12 7%
	police	2	
	policiers	1	
	la stup	1	
5% Loi	pas légal	1	5 3%
	loi(s)	4	
2% Rigidité	strict(s)	2	2 1%
44% Sécurité	sécurité (5) / sécu (4)	11	17 9%
	sécurisé (2)		
	gardes (3) / gardien (1)		
	vigile(s)		
36% Fouilles	fouiller (5) / FC (5)	10	14 8%
	les fouilles	4	
10% Surveillance	surveiller (1) / FC (3)	4	4 2%
8% Contrôle	contrôler (1) / FC (2)	3	3 2%
3% Régulation	réguler	1	1 1%
32% Permission	permettre (2) / FC (10)	12	12 7%
	FC de « tolérer »	8	
	tolérance	2	
	autoriser (1) / FC (6)	7	
26% Tolérance	autorisation	2	9 5%
24% Autorisation	FC d'« accepter »	7	7 4%

179 occurrences sur 16 registres

Légende

- Champ lexical de l'interdit
- CL de la tolérance
- CL de la régulation
(au sens de « régulation de contrôle »)
- FC Formes conjuguées

ANNEXE 16

Histoire de la prise en charge des usager·ère·s de drogues en France

Il n'est pas forcément simple de retracer cette évolution, car l'histoire supporte toujours plusieurs lectures. J'ai choisi une présentation chronologique des principaux événements, en y intégrant certains éléments de compréhension. Je me base essentiellement sur la sociologie historique d'Anne Coppel, et me réfère également au film documentaire de l'Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD)¹. Le témoignage de Fabrice Olivet, militant « historique » de la RdR², s'est avéré particulièrement intéressant. Nous trouverons aussi, à la fin de cet historique, une définition de la RdR. Celle-ci est extraite de la *Charte européenne pour la réduction des risques*, datant de 2001.

- *Première moitié du XX^e siècle*

Durant cette période, l'usage de drogues ne constitue pas un phénomène notable. La toxicomanie est alors principalement associée à l'image du « junky »³ marginal. Il s'agit d'un fléau social à éradiquer. La conception de l'époque est celle d'un modèle mono-varié : on considère que *c'est la drogue qui fait le toxicomane*. Le sevrage est alors le seul traitement proposé. Les patient·e·s sont généralement confié·e·s à la psychiatrie asilaire, et quelques « privilégié·e·s » bénéficient d'une prise en charge dans de rares cliniques privées. Les quelques hypothèses psychanalytiques avancées à cette époque sont totalement ignorées.

- *Les années 1960 : la menace toxicomaniaque*

Toutes les classes sociales sont désormais représentées dans l'expérimentation de drogues telles que la morphine, l'héroïne et la cocaïne. Les changements sociaux et économiques de la fin des années soixante constituent un contexte favorisant l'usage de drogues. Dès lors, le phénomène prend une ampleur nouvelle qui demande de faire évoluer les prises en charge (dans un contexte d'engouement pour la psychanalyse). On assiste, par ailleurs, au développement des mouvements de contestation sociale, au sein des milieux étudiants en particulier. Une certaine confusion fait même assimiler *drogues* et *révolution*. On observe, à cette époque, une montée des préoccupations collectives liées aux consommations de drogues – ces dernières étant perçues comme une menace par la population. À la fin de

1. Pour les citations extraites de ce film, j'indique là où se trouve le passage concerné au format *mm:ss*.

2. Il est directeur d'AIUD depuis 1996.

3. « *Figure caricaturale de l'imaginaire de la drogue, le junky est le polytoxicomane parvenu à l'extrême de la trajectoire toxicomaniaque* » (Richard et al., 2004, p. 360).

l'été 1969, une jeune femme est retrouvée morte par overdose dans les toilettes d'un café de Bandol. C'est la survenu de ce drame, en définitive, qui inscrit la toxicomanie sur l'agenda politique (Bergeron, 1999, p. 24).

- *Les années 1970 : la guerre contre la drogue*

On retrouve ce phénomène de « panique morale » au niveau international, d'autant que le trafic d'héroïne entre la France et les États-Unis⁴ connaît son apogée dans les années soixante. À l'automne 1970, le 91^e Congrès américain adopte la loi fédérale sur les substances contrôlées (CSA)⁵. Celle-ci opère une classification des substances psychoactives en fonction de plusieurs critères, comme le potentiel d'abus et/ou de dépendance. Avec cette loi, le président Richard Nixon déclare *la guerre à la drogue*... Quelques mois plus tard, la France se livre à une « vaste entreprise de remoralisation » (*ibid.*, p. 25). La loi du 31 décembre 1970 (*op. cit.*) est votée à l'unanimité dans ce contexte très répressif. Cette loi de prohibition demeure le socle législatif de la politique française de lutte contre les drogues. Elle réprime sévèrement l'usage (notamment privé) et le trafic de stupéfiants. Dès lors, la·le consommateur·rice est considéré·e comme malade et/ou délinquant·e. La loi établit les principes du volontariat, de l'anonymat et de la gratuité des soins. L'« injonction thérapeutique » peut néanmoins être imposée, comme une alternative aux poursuites judiciaires ou à l'incarcération. On pense alors que l'on peut contourner le traitement social de la demande de drogues en luttant directement contre l'offre. Pourtant, dès 1978, le rapport Pelletier vient pointer les limites de la loi de 1970. Il relève notamment son caractère paradoxal :

« [...] la complémentarité apparente entre le traitement médical et la répression pénale dissimule l'ambiguïté d'une loi qui n'a pu choisir entre deux conceptions : celle du malade, et celle du délinquant, et qui veut à la fois guérir en réprimant et réprimer en guérissant » (Pelletier, 1978, p. 111)

Ce rapport souligne aussi les difficultés de mise en œuvre du texte. Aussi établit-il un certain nombre de propositions, dans l'idée de « donner une "nouvelle chance" à la loi de 1970, en mettant en place les conditions d'application de celle-ci, et en cherchant à rendre plus aisé le fonctionnement du système » (*ibid.*, p. 211).

4. Connu sous l'appellation de *French Connexion*.

5. Ce texte correspond au titre II de la loi américaine n°91-513 du 27 octobre 1970 sur la prévention et le contrôle complets de l'abus de drogues.

Le docteur Claude Olievenstein fonde le Centre Médical Marmottan, à Paris, en 1971 (à la demande du gouvernement de l'époque). Il s'agit d'un centre expérimental d'orientation et de soins spécialisé pour les toxicomanes. Anne Coppel explique que ce psychiatre craignait que la pénalisation de l'usage entraîne une médicalisation contrainte, et il ne souhaitait pas imposer « *un traitement médical à des gens qui n'étaient pas des malades* » (Appel, Lachambre, 2013, 07:01). Marmottan est donc un lieu d'accueil inconditionnel, où les « client·e·s » participent à l'élaboration des réponses qui leurs sont apportées. Influencé par le courant de l'antipsychiatrie, Olievenstein s'intéresse au sens que prend la conduite toxicomaniaque dans l'histoire du sujet. Son célèbre aphorisme traduit la complexité de la toxicomanie qu'il décrit comme étant « *la rencontre d'un produit, d'une personne et d'un moment socio-culturel* » (Olievenstein, 1987, p. 14). La question du temps est introduite dans la thérapeutique. On pense désormais qu'il est nécessaire d'aller au-delà du sevrage pour soigner les toxicomanes : une prise en charge psychosociale au long cours s'impose. François Hervé⁶ explique d'ailleurs, au sujet de la post-cure, que « *ce n'est plus seulement une prolongation du sevrage, c'est un temps de remaniement, de restructuration de la personne, de préparation à l'insertion* » (2001, p. 8). Le soin s'organise alors avec quelques professionnel·le·s, mais majoritairement autour de personnes « de bonne volonté ». Il est pensé de la même manière pour tous dans des communautés relativement fermées ; et passe ainsi par un isolement de l'individu par rapport à son environnement habituel, à l'écart de la « toxicité » de la ville. La base du soin réside toujours dans le sevrage et l'abstinence qui conditionne alors toute aide à la réhabilitation sociale.

- *Le tournant des années 1980 : le virus du sida*

La professionnalisation des acteur·rice·s de soins se développe au début de ces années, entraînant une mise à distance des usager·ère·s. La psychanalyse va désormais être le support de conceptualisation et d'élaboration des pratiques. Une approche plus individuelle des patient·e·s apparaît nécessaire. Durant cette période, la dimension sociale est généralement délaissée, tout comme l'approche médicale. On constate alors un glissement vers le champ du psychisme (Morel, 2000, p. 43). On adopte désormais un modèle bi-varié considérant que « *c'est le toxicomane qui fait la drogue* » (et non plus l'inverse), selon la formule du psychanalyste Francisco-Hugo Fréda.

6. Psychologue clinicien, diplômé en psychologie sociale.

C'est surtout l'apparition du virus du sida qui marque le début des années 1980. On parle de « la maladie des 4 H », parce qu'elle touche plus particulièrement les Homosexuels, les Héroïnomanes injecteurs, les Hémophiles et les Haïtiens⁷. Dès 1982, les chercheur·euse·s découvrent que ce virus peut se transmettre par le sang. Les échanges de seringues se trouvent donc être un vecteur de contamination. Depuis 1972⁸, la vente de seringues en pharmacie est pourtant interdite sans ordonnance, ou commande écrite, mentionnant l'identité de l'acheteur·euse. Demandé initialement par Claude Olievenstein pour protéger les toxicomanes de l'injection, ce décret n'a été – pour Fabrice Olivet – qu'une « *autoroute de contaminations* » (Appel, Lachambre, *op. cit.*, 09:41). À la fin des années 1980, le sida est devenu la première cause de mortalité chez les toxicomanes (quel que soit le pays). En France, entre 1985 et 1995, on estime à plus de dix mille le nombre d'usager·ère·s mort·e·s de cette maladie (Beauchet, Morel, 2010, p. 395).

Cette époque est aussi marquée par une autre réalité, celle d'une société en crise économique où le chômage augmente considérablement. L'apparition d'une « nouvelle pauvreté » dans les années 1980 amène à l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion (RMI)⁹. La paupérisation des usager·ère·s de drogues s'accroît dans ce contexte.

On passe alors d'une politique orientée vers le curatif, à une stratégie de santé publique où l'accent est porté sur la prévention. La RdR s'est développée dans ce contexte. Pour Anne Coppel, le pragmatisme de cette démarche se fonde sur la hiérarchisation des risques :

« Si l'abstinence, soit la suppression du risque toxicomanie, est certes préférable, il est illusoire d'espérer que tous les toxicomanes renoncent immédiatement sous la menace du sida à l'usage de drogues illicites ; aussi convient-il de promouvoir des pratiques de prévention auprès des toxicomanes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas renoncer à l'usage de drogue. La prévention du sida auprès des toxicomanes implique une hiérarchisation des risques : le sida, maladie mortelle, est plus grave que la toxicomanie » (Coppel, 1993, p. 95)

Il faudra attendre 1987 pour que la ministre de la santé de l'époque, Michèle Barzack, autorise par décret¹⁰ l'expérimentation de la vente libre de seringues en officine pour les personnes majeures (mesure qui sera reconduite en 1988, et pérennisée en 1989). Ce texte marque

7. La prévalence de la maladie est effectivement très importante chez les immigrés Haïtiens aux États-Unis.

8. Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

9. Loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988

10. Décret n°87-328 du 13 mai 1987

l'amorce timide de la politique de RdR en France, même si la logique restrictionniste¹¹ n'est pas démentie. On peut d'ailleurs lire, dans le rapport Trautmann¹², que « *la lutte contre le sida [chez les toxicomanes] ne passe pas par une révision de la lutte contre la toxicomanie* » (Trautmann, 1990, p. 173). Les auteur·e·s préconisent d'une part une répression plus efficace du trafic. D'autre part, il·elle·s pensent préférable de privilégier la *prévention primaire* – c'est-à-dire celle qui intervient en amont des premières consommations.

Dès 1989, Médecins du Monde (MdM) s'engage néanmoins dans la mise en place des premiers programmes pilotes d'échanges de seringues.

- *Les années 1990 : la RdR à ses débuts*

L'expression « Réduction des Risques », traduction de l'anglais *harm reduction*, fait son apparition au début de ces années. La première réunion du collectif *Limiter la casse* se tient en 1993, à Paris. Il regroupe des militant·e·s de l'auto-support et de la lutte contre le sida¹³, et différents acteurs de santé (dont MdM). Le médecin Bertrand Lebeau-Leibovici témoigne d'une « *flamme militante incroyable* » (Appel, Lachambre, *op. cit.*, 36:31). Ce collectif réclamait de l'accès aux soins, des traitements de substitution... Bref, davantage de RdR.

En 1995, dans son rapport remis à Simone Veil (alors ministre des affaires sociales), le professeur Henrion revient sur les difficultés de mise en œuvre de la loi de 1970. Il pointe surtout un certain nombre de dysfonctionnements dans les politiques publiques :

« La politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée selon laquelle "il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes" a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales. Il est nécessaire de rompre avec cette logique de l'exclusion [...] » (Henrion, 1995, p. 58)

Ce rapport souligne aussi le paradoxe qui existe entre la logique de RdR et le modèle prohibitionniste. En effet, il note que « *la politique de réduction des risques nécessite des accommodements avec la répression de l'usage des drogues* » (*ibid.*, p. 65).

11. Le sociologue Bastien Quirion parle de logique (ou de modèle) restrictionniste pour désigner « *les dispositifs de régulation de la pratique psychotrope qui recouvrent à la fois les mesures de prohibition et les programmes thérapeutiques de traitement de la toxicomanie orientés vers l'abstinence* » (Quirion, 2002, p. 490).

12. Ce rapport, rédigé en 1989, dresse un premier bilan de la lutte contre la toxicomanie.

13. Notamment ASUD, AIDES et Act Up.

Quelques semaines plus tard, Simone Veil signe un décret¹⁴ qui autorise les associations à délivrer gratuitement le matériel d'injection. La ministre a conscience que sa mesure entre en contradiction avec la loi de 1970. C'est pourquoi elle donne un statut expérimental au dispositif, lequel devra être évalué (Appel, Lachambre, *op. cit.*, 38:00).

Durant cette période, la diffusion des kits de prévention baptisé Steribox[®] (contenant le matériel stérile pour pratiquer deux injections, et un préservatif) s'organise dans les pharmacies. Des distributeurs, ou échangeurs automatiques de seringues, ont également été installés dans les grandes villes¹⁵.

Par ailleurs, l'introduction de la substitution représente l'une des modifications majeures de la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés. Avant cela, ces dernières utilisaient le Temgésic[®], ou avaient recours à des médicaments à base de codéine (notamment le Néocodion[®]). Après une longue phase expérimentale, la méthadone devient accessible dans les centres spécialisés en 1995. Cet opiacé de synthèse est présenté comme pouvant permettre de libérer les « drogué·e·s » de la recherche du produit. L'objectif visé était encore l'abstinence, et non la *maintenance* comme dans certains pays anglo-saxons ou européens¹⁶ (Bouchez, Touzeau, 1998, p. 1). En 1996, la buprénorphine haut dosage (commercialisée sous le nom de Subutex[®]), arrive sur le marché. Ce médicament est un opioïde de synthèse qui pourra être prescrit en médecine de ville. La prise en charge médicale devient la pierre angulaire du dispositif. Comme l'explique Anne Coppel, l'épidémie de sida a imposé des changements dans l'approche qui est faite de la toxicomanie :

« Le retour du médical auquel nous assistons est bien sûr lié à la menace du S.I.D.A., mais cette menace impose de repenser le soin aux toxicomanes. Il ne s'agit pas de retourner à la conception purement médicale de la toxicomanie du XIX^e siècle ; les approches sociales, économiques, sociétales ont chacune leur légitimité, mais les aspects sanitaires de la toxicomanie retrouvent une place prépondérante » (Coppel, 1994, p. 44)

- *Les années 2000 : l'avènement de la RdR comme politique publique*

Les intervenant·e·s en toxicomanie travaillant dans les structures traditionnelles se montrent plutôt hostiles à l'activité des associations de RdR. En effet, le « bas seuil » désignait au départ les formes d'accompagnement qui ne répondaient pas aux règles de la

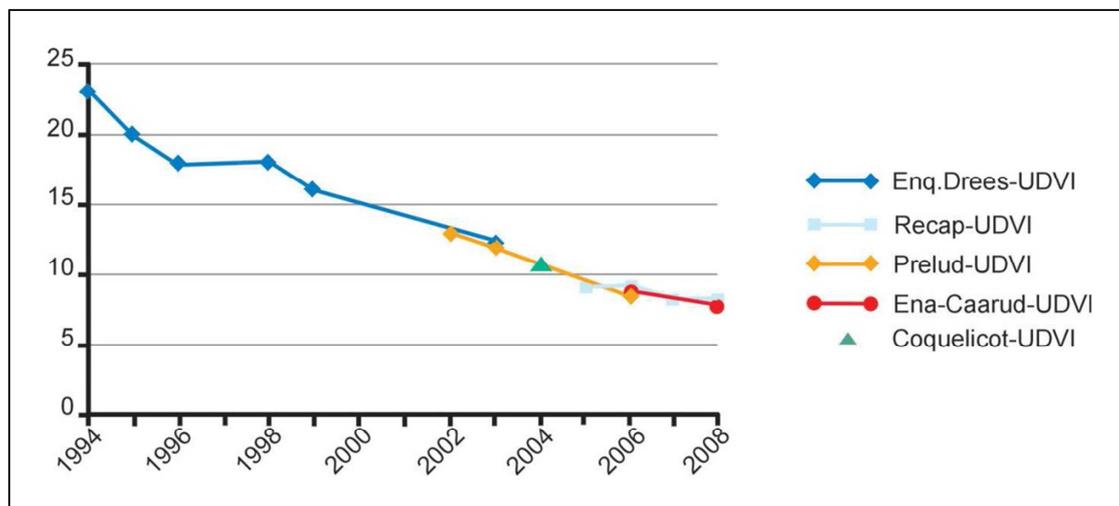
14. Décret n°95-255 du 7 mars 1995

15. Comme nous l'avons vu en première partie, ce fut le cas à Lyon dès 1992.

16. Par exemple en Suisse.

prise en charge classique (voire « normale ») des personnes toxicomanes. Ce qualificatif s'avérait souvent péjoratif, il renvoyait à des dispositifs jugés peu exigeant à l'égard de leurs bénéficiaires. Ces structures, peu professionnalisées, n'avaient guère de légitimité. La RdR a pourtant très vite fait la preuve de son efficacité, notamment à travers la diminution spectaculaire des contaminations par le VIH¹⁷ chez les usager·ère·s de drogues injecteur·rice·s entre 1994 et 1999 (Beauchet, Morel, *op. cit.*, p. 400 ; voir également le graphique ci-dessous).

Évolution de la prévalence du VIH chez les usager·ère·s de drogues fréquentant les établissements spécialisés, Csapa ou Caarud, entre 1994 et 2008¹⁸ (Inserm, 2010, p. 47).



Dix ans après le décret de 1995 (*op. cit.*), les significations se sont en quelque sorte inversées. Les modalités d'intervention en RdR ont fait l'objet de protocoles plus précis, et le « seuil bas » d'accessibilité des associations est alors perçu de façon plus positive. En 2001, les acteurs de la RdR décident en effet de formaliser leurs pratiques en rédigeant une *Charte européenne pour la réduction des risques*. Celle-ci est définie dans les termes suivants :

« La Réduction des Risques [est] un modèle d'intervention en toxicomanie qui cherche à répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogue. Ce modèle s'adresse à tous les consommateurs et en particulier à ceux qui ne peuvent ou ne veulent, pour l'instant, arrêter leur consommation. Son but est non seulement de réduire les risques et dommages liés à l'usage de drogues, mais aussi de contribuer au processus de soin de l'individu, d'œuvrer pour les acquisitions des droits civiques et sociaux en favorisant la réinsertion des usagers » (Morel, Morales, 2001, p. 19)

17. Virus de l'Immunodéficience Humaine

18. D'après Drees, Enquête Novembre ; OFDT, Recap, Ena-Caarud ; InVS, Coquelicot.

Cette décennie est marquée par la refondation des dispositifs spécialisés. La loi du 2 janvier 2002¹⁹ crée les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dont les missions seront détaillées en 2007²⁰. Ces centres concourent désormais à « la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives » (article D. 3411-1). La RdR s'est enfin institutionnalisée, en devenant une politique nationale de santé publique en 2004²¹. Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 crée les CAARUD, et définit leurs missions. On y trouve des objectifs liés aux enjeux à la fois sanitaires et sociaux de l'usage de drogues. Désormais, la RdR semble être une vraie alternative aux soins traditionnels, et non plus une intervention par défaut.

RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES À CETTE ANNEXE
(VENANT EN COMPLÉMENT DE LA BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE)

BEAUCHET A., MOREL A. (2010) Réduction des Risques. In : MOREL A., COUTERON J-P., FOUILLAND P. et al. *L'aide-mémoire d'addictologie en 46 notions*. Paris : Dunod, p. 392-400

BOUCHEZ J., TOUZEAU D. (1998) La Méthadone. *Revue documentaire Toxibase* [en ligne], no. 2, 12 p.

Disponible sur <https://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=5245> (consulté le 20.07.18)

COPPEL A. (1993) Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes. In : ROUAULT T. (coord.), SERRY D. (coord.) *Sida, toxicomanie : une lecture documentaire*. Paris - Lyon : Crips - Toxibase, p. 95-105

COPPEL A. (1994) Peut-on soigner les toxicomanes ? : Les enseignements de l'histoire. In : GUFFENS J-M. (dir.), (Saint-Tropez, 1993/10/14-17). *Toxicomanies, Hépatites, SIDA*. Paris : Synthélabo, p. 43-46

MOREL A. (dir.), MORALES L. (coord.) (2001) *Charte européenne pour la réduction des risques*. S.l. : ERIT, Fédération Européenne des Associations d'Intervenants en Toxicomanies. 24 p.

OLIEVENSTEIN C. (1987) La dépendance : un phénomène psychique actif. In : ANGEL P., ANGEL S., OLIEVENSTEIN C. *La Clinique du toxicomane*. Paris : Éditions universitaires, p. 13-24

19. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

20. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007

21. Loi n°2004-806 du 9 août 2004

Rapports officiels :

HENRION R. (1995) *Rapport sur la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Paris : La Documentation Française. 156 p.

INSERM (dir.) (2010) *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Rapport d'expertise collective*. Paris : Les éditions Inserm. 573 p.

PELLETIER M. (1978) *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue* [en ligne]. Paris : La Documentation Française. 284 p.

Disponible sur <https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=10134> (consulté le 19.07.18)

TRAUTMANN C. (1990) *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier ministre*. Paris : La Documentation Française. 266 p.

Texte de loi :

91^e Congrès des États-Unis. *Loi n°91-513 du 27 octobre 1970 sur la prévention et le contrôle complets de l'abus de drogues* [en ligne].

Disponible sur <<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf>> (consulté le 17.07.18)

Dictionnaire :

RICHARD D. (dir.), SENON J-L. (dir.), VALLEUR M. (dir.) (2004) *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse. 626 p.

ANNEXE 17

Les différentes modalités d'intervention auprès des usagers de drogues au regard des modes de régulation politique des conduites humaines

▶ TRANSFORMATION DES DISPOSITIFS DE GESTION DES POPULATIONS (processus de modernisation des sociétés occidentales à compter du XIX ^e siècle)	
	Sociétés modernes industrielles ↓
	Sociétés modernes avancées ↓
<i>Conception du rôle de l'État</i>	Crise de l'État providence
	Interventionnisme
	Danger
	Actions réactives
	Sujet / Individu concret (Relation directe)
	Déficit d'intégration à combler (Logique de gestion des inégalités sociales et de l'exclusion)
	Responsabilité « socialisée »
	Principe d'assistance et de solidarité (Modèle compensatoire)
	Protection sociale
	Idée de progrès social
	⇕
	⇕
▶ REGISTRES DE RÉGULATION DE LA PRATIQUE PSYCHOTROPE (INTERNORMATIVITÉ)	
	Logique restrictionniste (internormativité)
	<i>Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970</i>
	↙ ↘
	Prohibition Traitement à visée d'abstinence
	↓ ↓
	Réduction de l'offre Réduction de la demande
	Logique curative
	Logique gestionnaire (internormativité)
	À partir des années 1980 <i>Caractérise la fin du XX^e siècle</i>
	↙ ↘
	Réduction des dommages Gestion des risques
	↓ ↓
	Réduction des méfaits au niveau individuel (Réponse aux besoins individuels - Pragmatisme - Humanisme) Réduction des risques au plan collectif (neutralisation)
	Logique palliative
<i>Objectif</i>	Éradication des drogues
<i>Formes de contrôle social</i>	Individu (marginiaux, déviant...)
	Fonction de normalisation des conduites (visée intégrative)
	Endiguer les conséquences liées à l'usage de drogues
	Groupes ou populations vulnérables, « à risques »
	Fonction de surveillance (volonté de neutralisation)

ANNEXE 18

*Terminologies utilisées dans les entretiens pour parler de l'objet de l'addiction
(comparatif entre les professionnel·le·s et les usagers)*

Professionnels		
Familles	Détail par produits	Fréq.
46% Alcool	alcool	208
	bière(s)	33
	canette(s)	6
	whisky	3
	boissons alcoolisées	1
22% Sans distinction	produit(s) (<i>utilisé seul</i>)	57
	drogue(s)	56
	toxiques	6
	stupéfiant	1
14% Médicaments	médicament(s) (25)	31
	médoc(s) (6)	
	traitement(s) (<i>utilisé seul</i>)	30
	psychotrope(s)	7
	cachet(s)	3
	neuroleptiques (1) (<i>utilisé seul</i>)	2
	traitement neuroleptique (1)	
	produits psychoactifs	1
8% Cannabis	cannabis	24
	joint(s)	10
	shit	10
5% Traitements de substitution aux opiacés	substitution(s) (11) (<i>utilisé seul</i>)	18
	traitement(s) de substitution (6)	
	produits de substitution (1)	
	subutex	7
	méthadone	5
3% Autres produits psychoactifs	héroïne	9
	cocaïne	8
1% Tabac	cigarette(s)	4
	clope(s)	4

546 occurrences sur 7 familles de produits

Usagers		
Familles	Détail par produits	Fréq.
23% Traitements de substitution aux opiacés	subutex (23) / sub (15)	38
	suboxone	16
	méthadone (9) / métha (4)	13
	substitution (4) (<i>utilisé seul</i>)	
	traitement(s) de substitution (4)	11
	produit(s) de substitution (3)	
21% Alcool	alcool(s)	38
	bière(s)	33
	whisky	1
18% Autres produits psychoactifs	coc (18) / cocaïne (11)	29
	héroïne (10) / héro (7)	17
	ecstasy	7
	speed	5
	mdma (1) / md (1)	2
	kétamine	1
	speedball	1
18% Sans distinction	drogue(s)	36
	produit(s) (<i>utilisé seul</i>)	21
	came	4
10% Médicaments	stupéfiants	1
	médicament(s)	8
	traitement(s) (<i>utilisé seul</i>)	8
	skénan (6) / sken (1)	7
	cachets (1) / cacheton(s) (4)	5
	rivotril	3
	antidépresseurs	1
	morphine	1
tramadol	1	
6% Cannabis	joint(s)	11
	shit	7
	cannabis	2
	beuh	1
	pétard	1
5% Tabac	clope(s)	10
	cigare	2
	cigarette	2
	mégots	2

346 occurrences sur 7 familles de produits

ANNEXE 19

*Analyse lexicale : sécurité vs liberté, protection vs autonomie
(comparatif du vocabulaire utilisé entre les usagers et les professionnel-le-s)*

Professionnels					
	Registres	Terminologies	Fréquence		
Sécurité 81%	Danger (49%)	danger (18) dangereux·euse (7)	25	51	25%
	Sécurité (45%)	sécurité (17) sécurisant(s) (3) sécure (1) sécurisée (1) insécurité (1)	23		
	Police (6%)	police	3		
	Liberté (19%)	liberté (4)			
Liberté 19%	Liberté (67%)	FC de « libérer » (2) librement (2)	8	12	6%
	Choix (33%)	choix	4		
Protection 13%	Protection (100%)	protéger (6) / FC (7) protection (4) protecteur (1)	18	18	9%
Autonomie 88%	Projet (55%)	projet(s) (67) projeter (2)	69	126	61%
	Autonomie (22%)	autonomie (16) autonome(s) (9) semi-autonomie (2) demi-autonomie (1)	28		
	Capacité (22%)	capacité(s) (17) capable(s) (6) incapable(s) (3) incapacité (1) capacitation (1)	28		
	Émancipation (1%)	émancipation	1		

Usagers					
	Registres	Terminologies	Fréquence		
Sécurité 85%	Sécurité (85%)	sécurité (5) / sécu (4) sécurisé (2) gardes (3) / gardien (1) vigile(s) (2)	17	29	67%
	Police (41%)	flic(s) (8) police (2) policiers (1) la stup (1)	12		
Liberté 15%	Liberté (60%)	liberté (2) librement (1)	3	5	12%
	Choix (40%)	choix	2		
P. 11%	Protection (100%)	protégé	1	1	2%
Aut. 89%	Capacité (88%)	capable(s)	7	8	19%
	Autonomie (13%)	autonomie	1		

Légende

- Sécurité
- Liberté
- Protection
- Autonomie

FC Formes conjuguées

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
SOMMAIRE	IV
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS	VI
GLOSSAIRE DU « MONDE » DES DROGUES.....	VII
LISTE DES FIGURES	IX
AVANT-PROPOS.....	XI
INTRODUCTION	1
• <i>Les « premiers pas d'un éducateur en CAARUD... »</i>	1
• <i>Une pratique réflexive : d'Anne Coppel à Ulrich Beck</i>	3
• <i>Le paradoxe des politiques publiques en matière de drogues</i>	4
• <i>La RdR : une pratique acceptable ?</i>	4
• <i>L'acceptabilité de la RdR en CHRS</i>	5
• <i>La notion d'« acceptabilité » : de la philosophie de la RdR à la sociologie pragmatique</i>	6
• <i>Une méthode au « cas par cas »</i>	7
• <i>Un plan en quatre parties</i>	9
PREMIÈRE PARTIE : LES CHRS À L'ÉPREUVE DE LA RdR 11	
Chapitre 1.1 La RdR en CAARUD	11
1.1.1 Le MAS : « 50 ans d'action sociale »	11
• <i>Historique de l'association</i>	11
• <i>La création de Pause Diabolo</i>	12
• <i>Les développements récents</i>	13
1.1.2 Le CAARUD Pause Diabolo	13
• <i>Une mission de santé publique</i>	13
• <i>Vers une stabilisation des consommations</i>	14
1.1.3 Le CAARUD submergé par la précarité.....	16
• <i>Observations de terrain</i>	16
• <i>« Précarité des usagers des CAARUD : ce que disent les chiffres »</i>	18
• <i>État de la recherche</i>	21
Chapitre 1.2 La question de l'acceptabilité des pratiques de RdR en CHRS	23
1.2.1 L'embarras des responsables face aux consommations de drogues.....	23
• <i>Est-il « interdit d'interdire » ?</i>	24
• <i>L'exception... qui confirme la règle</i>	25
1.2.2 Des paradoxes d'une législation à l'acceptabilité d'une pratique	26

Chapitre 1.3	L'hypothèse de la RdR comme épreuve pour les professionnel-le-s des CHRS... 28
1.3.1	Dans la « boîte noire » de la MVS28
	• <i>Les demandes d'hébergement adressées à la MVS</i>29
	• <i>Les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO</i>32
	• <i>Lecture croisée des données (version papier et informatisée des dossiers)</i>36
1.3.2	Des prémices d'une épreuve à la formulation d'une hypothèse.....37

DEUXIÈME PARTIE : UNE ENQUÊTE AU CŒUR DE L'INDICIBLE 39
--

Chapitre 2.1	Vers une posture de praticien-chercheur 39
2.1.1	L'enquête à ses débuts39
	• <i>Une impasse monologique</i>39
	• <i>La nécessité du dialogue</i>41
2.1.2	De la « philosophie RdR » à celle de John Dewey42
	• <i>L'approche expérientielle des addictions</i>43
	• <i>Le pragmatisme de Dewey</i>45
Chapitre 2.2	Un style pragmatique : le CHRS comme « site de problématisation » 46
2.2.1	L'expérience de Carteret.....46
2.2.2	L'indicible comme indice de l'acceptabilité.....49
Chapitre 2.3	De la méthodologie aux premières pistes d'analyse..... 51
2.3.1	Récapitulatif des choix méthodologiques51
	• <i>Un terrain de recherche « multi-situé »</i>51
	• <i>Des techniques d'enquête à géométrie variable</i>53
2.3.2	Focus sur les entretiens semi-directifs53
	• <i>Le choix de la transcription</i>53
	• <i>L'utilisation d'un CAQDAS pour accéder aux nuances des discours</i>54
2.3.3	Thématiques abordées au cours des entretiens56
	• <i>Entretiens avec les professionnel-le-s : une timide ouverture sur la RdR.</i>57
	• <i>Entretiens avec les usagers : l'importance du relationnel.</i>63

TROISIÈME PARTIE : DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA RdR AUX RISQUES DE SA SOCIALISATION 66

Chapitre 3.1	Le phénomène des addictions dans les centres d'hébergement 66
3.1.1	Les professionnel-le-s face au « problème » des consommations66
	• <i>Un nombre de consommateur-riche-s difficile à estimer</i>66
	• <i>Alcool et médicaments, vs stupéfiants.</i>69

	• <i>Dénomination et qualification du phénomène</i>	71
3.1.2	Entre interdiction et tolérance	72
	• <i>L'évolution des règles entourant les consommations</i>	72
	• <i>Une tolérance vis-à-vis de l'alcool</i>	73
	• <i>Le discours des professionnel-le-s, entre réflexion et action.</i>	74
Chapitre 3.2	La RdR : un changement de paradigme ?.....	80
3.2.1	Remise en contexte de l'émergence de la RdR en France	80
3.2.2	Le concept d'internormativité.....	82
	• <i>Entre la logique restrictionniste et la logique gestionnaire</i>	82
	• <i>La logique gestionnaire : entre « réduction » et « gestion » des risques.</i>	82
	• <i>La résurgence de la morale</i>	83
3.2.3	La morale et ses déclinaisons.....	84
	• <i>La morale dogmatique</i>	84
	• <i>Vers une morale « conséquentialiste »</i>	87
Chapitre 3.3	Les usagers de drogues en CHRS : un enjeu de reconnaissance.	90
3.3.1	Place des usagers dans l'enquête	90
3.3.2	Les usagers et leurs consommations, entre sentiment de culpabilité et solitude.	93
	• <i>L'interdit comme préalable</i>	93
	• <i>« C'est quoi un homme bien ? »</i>	94
	• <i>De l'indicible à la solitude</i>	95
	• <i>Une distance entre usagers et professionnel-le-s</i>	96
3.3.3	La difficulté à « dire, seulement dire », du jugement à la reconnaissance.	99
	• <i>Une tendance à l'entre soi</i>	99
	• <i>La possibilité d'une rencontre</i>	100
	• <i>La RdR à l'appui de la reconnaissance des usagers</i>	101

QUATRIÈME PARTIE : LA RdR À L'ÉPREUVE DES CHRS	103
---	------------

Chapitre 4.1	Réduction des dommages ou gestion des risques ?	103
4.1.1	Protection vs autonomie, sécurité vs liberté.....	103
4.1.2	Des CHRS sous contraintes	106
4.1.3	Une tendance à la gestion des risques.....	108
	• <i>Tolérer les consommations et/ou les accompagner ?</i>	108
	• <i>L'autonomie sous conditions</i>	111
4.1.4	Vers une pratique de <i>care</i>	112
Chapitre 4.2	« Retour » à Pause Diabolo par le prisme du <i>care</i>	115

4.2.1	La RdR à l'épreuve de sa socialisation	115
4.2.2	Du matériel sans accompagnement, une nouvelle orientation de la RdR ?.....	116
4.2.3	Les seringues comme support à la relation	119
CONCLUSION		121
POSTFACE		125
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		128
ANNEXES		136
1.	Article <i>Lien Social</i> , 30 septembre 2010.....	136
2.	Lettre de pétition à l'encontre de Pause Diabolo, février 2014.	139
3.	Photo de l'automate situé rue du Pensionnat, Lyon 3 ^e	140
4.	Plaquette du service Pause Diabolo.....	141
5.	Détail des résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012 concernant les usager·ère·s de Pause Diabolo (données transmises par l'OFDT le 29/03/2017).....	143
6.	Références faites aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO	144
7.	Récapitulatif du nombre de références faites aux addictions dans les dossiers de suivi sur PROGDIS 115 / SIAO, associé au nombre de nuits obtenues.....	150
8.	Courrier initial de présentation de ma démarche aux CHRS	151
9.	Compte-rendu de la réunion de préparation au temps d'échange à Carteret	152
10.	Analyse du cadre d'intervention en CHRS : Tableau du suivi de la collecte des documents (septembre 2017 → avril 2018).....	154
11.1.	Grille d'entretien à l'attention des professionnel·le·s des CHRS	155
11.2.	Grille d'entretien à l'attention des usagers	158
11.3.	Grille d'entretien à l'attention de la coordinatrice de la MVS.....	161
12.	Tableau récapitulatif de mes démarches d'enquête	163
13.	Aperçu global de la thématisation, sur Sonal, des entretiens avec les professionnel·le·s et les usagers. ..	164
14.	Relevé des références faites aux addictions dans les différents documents de cadrage des CHRS.....	165
15.	Analyse lexicale : interdit, tolérance, « régulation » (comparatif du vocabulaire utilisé entre les usagers et les professionnel·le·s).....	169
16.	Histoire de la prise en charge des usager·ère·s de drogues en France.....	170
17.	Les différentes modalités d'intervention auprès des usagers de drogues au regard des modes de régulation politique des conduites humaines.....	179
18.	Terminologies utilisées dans les entretiens pour parler de l'objet de l'addiction (comparatif entre les professionnel·le·s et les usagers)	180
19.	Analyse lexicale : sécurité vs liberté, protection vs autonomie (comparatif du vocabulaire utilisé entre les usagers et les professionnel·le·s).....	181
TABLE DES MATIÈRES		182

LE MONDE DE L'HÉBERGEMENT SOCIAL À L'ÉPREUVE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Enquête sur les consommations de drogues en CHRS

RÉSUMÉ :

La Réduction des Risques liés à l'usage de drogues (RdR) est apparue en France dans les années 1980, l'objectif étant de limiter les ravages de l'épidémie de sida chez les consommateur·rice·s utilisant la voie intraveineuse. Cette philosophie d'intervention était porteuse d'un nouveau paradigme : il s'agissait d'apprendre à « vivre avec les drogues ». Pourtant, la RdR entre en contradiction avec la loi de prohibition du 31 décembre 1970 – toujours en vigueur... Dans ce contexte, la RdR reste complexe à mettre en œuvre, bien qu'elle soit devenue en 2004 une politique nationale de santé publique. Comment les CAARUD, établissements médico-sociaux dédiés à la RdR, peuvent-ils soutenir l'insertion sociale des usager·ère·s, alors même que ces dernier·ère·s se voient quasiment interdire l'accès aux dispositifs existants du simple fait de leurs consommations ? Cette recherche s'intéresse en particulier au « monde » de l'hébergement social. Ainsi l'auteur, lui-même praticien au sein d'un CAARUD, a-t-il enquêté dans plusieurs CHRS, en étudiant la manière dont les différent·e·s acteur·rice·s concerné·e·s, professionnel·le·s et usagers, éprouvent la logique de RdR en contexte prohibitionniste. Comment les professionnel·le·s s'en saisissent-il·elle·s ? Quelles sont les pratiques d'accompagnement mises en œuvre au nom de la RdR ? S'agit-il, en définitive, d'une pratique acceptable ? Quant aux usagers, comment vivent-ils leurs consommations dans le cadre de l'hébergement, et comment perçoivent-ils l'aide qui leur est apportée à ce niveau ? À quelle condition la RdR participe-t-elle finalement du « vivre ensemble » ?

Envisagée comme modèle d'intervention, la RdR pose, avec une certaine radicalité, des questions qui sont aujourd'hui centrales dans les politiques sociales et sanitaires.

MOTS-CLÉS : *Réduction des Risques, usage de drogues, CAARUD, CHRS, internormativité, pratiques acceptables, gestion des risques, éthique du care, sociologie pragmatique.*