



Maud Delafollette/Zolo Productions

Agir par l'hébergement avec des usagers de drogues

Avancées, paradoxes et impasses des espaces intermédiaires

Isabelle Maillard

Le statut ambigu des expérimentations sociales

Les expérimentations sociales tendent généralement à se développer dans des conjonctures de bouleversement des problématiques sanitaires et sociales, quand l'action publique est impuissante, ne rend plus les services attendus, ne peut prévenir des évolutions préoccupantes sur les plans social, sanitaire et sécuritaire. Les décalages entre les dispositifs et les publics conduisent à des dysfonctionnements en chaîne que les processus de médicalisation, de psychologisation ou de criminalisation peuvent absorber un temps. Cependant, les réponses de ce type sont coûteuses sans être satisfaisantes. Des marges d'action peuvent alors s'ouvrir pour des actions innovantes dérogeant aux cadres ordinaires.

En France, de nombreuses expérimentations sociales se sont ainsi succédées dans des contextes différents depuis la fin des années 1970. Dans le sillage de la décentralisation et des politiques transversales (politique de la ville, prévention de la délinquance) et du débat sur la désinstitutionnalisation en psychiatrie, dans les années 1980-1990, des dynamiques de travail décalées se développent dans les secteurs relatifs à l'insertion des jeunes (Rouleau-Berger, 1993), à la médiation sociale (Ben Mrad, 2004), à la pédopsychiatrie (Maillard, 2011), à la prévention du sida et des addictions (Garcia, 2011 ; Giroux-Arcella, 2005). Puis pour faire face à l'exacerbation des inégalités, des vulnérabilités et de l'exclusion sociale, on assiste au début des années 2000 au traitement des différents types d'urgence (Cefai, Gardella, 2011), au développement du travail de rue (Martin, 2011) et au renouveau des actions de proximité (Igas, 2005). L'enjeu est 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, en créant des transitions et des médiations propices à l'engagement d'une action. Le paradoxe pour cette dernière période tient dans le déve-

loppement des nouveaux modes de gestion de l'action publique, avec une réduction drastique des moyens et le développement du management social. Les expérimentations, de plus en plus souvent portées par les associations, contribuent au développement de ce que l'on qualifie de « structures médiatrices non étatiques » au Québec. Les démarches tendent à fédérer les « actions collectives destinées à réduire le niveau de vulnérabilité des individus et des groupes en voie d'exclusion » (Ulysse, 2007). Ces espaces d'intervention sont de fait « intermédiaires¹ » entre les dispositifs publics relevant des institutions ou des collectivités territoriales et la société civile. Ils répondent à des fonctions très variées et ne sont pas homogènes : certains se contentent d'un rôle « relationnel » en facilitant les rencontres et médiations entre acteurs ; d'autres, plus ouvertement « oppositionnels » (Negt, 2007), cherchent à créer une tension dynamique avec les logiques publiques ordinaires, avec des objectifs de critique et de changement plus ou moins radicaux ; d'autres s'introduisent dans les interstices entre les dispositifs et les institutions. Ils « font tampon », comme les zones dans certaines villes américaines² (Piette, 1990), qui constituent un espace de passage et de transition, en particulier pour les migrants (Caprani, 2005) ou, pour la situation qui nous intéresse, de

1. Cette notion d'« espace intermédiaire » renvoie plus particulièrement au travail de L. Rouleau-Berger (1993) – à ne pas confondre avec l'emploi qu'en font les spécialistes de la ville (architectes, urbanistes, etc.).

2. En référence à R. Park et E. Burgess, représentants de la première école de Chicago, qui ont conceptualisé la ville en « zones concentriques » assurant des logiques différenciées de peuplement et de développement.

traverser des modes de vie déviants. Dans tous les cas, les relations créées par des acteurs sociaux font « espace » en créant des conditions d'accueil et de prise en compte.

L'expérience présentée concerne des personnes très fortement précarisées (certaines vivant depuis plus de quinze ans dans la rue) et consommant du crack (entre autres produits). Dans la problématique de la réduction des risques (RDR) liés aux usages de drogues³, une association s'est engagée dans une expérimentation relative au logement, en proposant à ces personnes un « hébergement de transition » le temps qu'elles reconstruisent les *capacités* (Nussbaum, 2012) nécessaires à leur rétablissement, c'est-à-dire à une capacité d'agir dans le monde social ordinaire⁴. Cette expérience apparaît emblématique des dynamiques caractérisant les espaces intermédiaires, tant pour ce qui relève du rapport aux publics que du développement de nouvelles manières d'envisager l'intervention sociale⁵. Elle témoigne en même temps des ambivalences et vulnérabilités propres aux actions qui s'inscrivent dans ces entre-deux de l'action publique.

Dissoudre une scène de consommation de crack

3. La RDR consiste à renoncer à imposer des soins ou à mettre des personnes sous contrôle pour privilégier une relation d'aide *in situ* où l'action autonome de la personne est privilégiée pour qu'elle se protège des risques non recherchés. Dans une première période de son histoire, il s'agissait de mettre à disposition des seringues stériles, d'apprendre à consommer « à moindre risque », de faciliter l'accès à un traitement de substitution. Depuis quelques années, la création de supports sociaux intermédiaires adaptés aux publics constitue une nouvelle orientation.

4. Au sens de restauration d'un potentiel d'action, non d'adaptation ou de réinsertion.

5. Dans la recherche Vitalis (Lévy-Vroelant *et al.*, 2015) au sein de laquelle s'inscrit ce travail, des ateliers participatifs ont été systématiquement introduits. Reposant sur le photo-langage pour faciliter une prise de parole, ces *workshops* ont permis d'ouvrir un espace de réflexivité et d'énonciation sur le sens du travail réalisé, les valeurs engagées, les tensions et dilemmes ainsi que sur les vulnérabilités vécues par les acteurs. À côté de l'équipe d'intervention, un *workshop* avec les usagers a été réalisé (cf. les extraits intégrés). Le corpus de données se compose par ailleurs d'une trentaine d'entretiens qualitatifs approfondis, conduits avec des acteurs locaux (deux élus, huit responsables de services municipaux, une association de RDR) et répétés avec plusieurs protagonistes de l'hébergement (trois cadres, six intervenants) ; et de récits de vie avec cinq des personnes hébergées issues de la « scène de crack ». Des observations consignées dans un carnet de terrain ont également été collectées au cours d'une immersion de six mois au sein du pavillon. La posture adoptée a consisté à « traîner » dans l'espace de l'hébergement et à se laisser porter et dériver au fil des événements, des activités (conseils de maison, réunions d'équipe, etc.) et des échanges ponctuant le quotidien, afin de suivre et de saisir ce qui s'y fait (les déplacements et mouvements dans les espaces collectifs) et ce qui s'y dit (les interactions entre les personnes, les manières de se parler, de s'interpeller, de se dire les choses qui vont ou ne vont pas, sont à faire ou à respecter, etc.). Elle a également consisté à suivre des accompagnements d'usagers dans leurs démarches vers le droit commun (structures sociales, administration, hôpital).

En juin 2008, le quartier de la gare à Saint-Denis a été confronté, suite à l'évacuation d'un squat, à l'émergence d'une « scène de consommation⁶ » à ciel ouvert, donnant lieu à un regroupement très important de personnes consommant des drogues illicites, plus particulièrement du crack, dans une friche urbaine. Parmi les usagers, un « noyau dur » rassemblant les plus visibles et les plus précarisés s'était installé dans des tentes de fortune le long des berges du canal. Sans ressources, exposés à une forte dégradation de leur état social et sanitaire, sans suivi, pour la plupart originaires d'Afrique noire, sans papiers et en situation irrégulière sur le territoire français, ils apparaissaient fortement désocialisés. Sans ancrage ni habitation stable, déplacés de squats en friche, avant d'échouer à Saint-Denis et de connaître une nouvelle évacuation, ils n'ont plus de place dans la ville. Stigmatisés quand ils apparaissent dans l'espace public, chassés de leurs refuges, ils tendent à se regrouper dans des « non lieux » (Augé, 1992), des marges urbaines (ici le bord d'un canal), tout en débordant sur l'espace public. Le repli visible et défensif peut être considéré comme une stratégie de survie autant que comme une forme de résistance collective informelle : rendre visible l'indicible et l'insupportable, faire reconnaître leur existence, d'une manière ou d'une autre.

En France, l'hébergement des « usagers de drogues » est très faiblement pris en compte dans le champ de l'action publique. Les usagers de crack et d'héroïne sont considérés comme difficiles à orienter vers les centres d'urgence, de réinsertion sociale ou d'autres structures d'hébergement. Leur image négative, leur réputation, leur style de vie, leurs pratiques en font des publics « indésirables », ce qui a contribué à les maintenir à l'écart de l'offre d'hébergement ouverte aux personnes précarisées. Beaucoup des usagers concernés fuient les dispositifs d'urgence comme le 115, car ils évoluent dans des cercles différents des autres personnes sans domicile, souffrent particulièrement d'être quotidiennement renvoyés à la rue à six heures du matin et cherchent à échapper à des prises en charge trop marquées. Dans le domaine des

6. Les « scènes ouvertes de la drogue » constituent des lieux de rassemblement, de consommation et de trafic centrés sur les drogues illicites ; elles s'inscrivent dans les interstices des grandes villes et leur posent des problèmes conjugués d'ordre public et de santé publique (Connolly, 2006).



Maud Delafontaine/Zoko Productions

toxicomanies, les appartements thérapeutiques⁷ rattachés aux centres de soins spécialisés dépendent de l'engagement dans un processus de soins (sevrage, traitement de substitution aux opiacés, postcure) et sont peu accessibles

7. Les premières expériences d'hébergement destinées aux personnes malades du sida exposées à la précarité puis aux toxicomanies ont émergé au milieu des années 1980 dans le sillage de la lutte contre le sida et la politique de RDR. Mis en place en 1994, le premier programme expérimental d'appartements de coordination thérapeutique (Act) destinés à ces profils de publics – sur le modèle de ceux existant en psychiatrie – a été intégré dans le code de la santé publique dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le premier *sleep in*, ouvert à Paris en 1994 relevait de l'hébergement d'urgence et s'adressait plus particulièrement aux usagers les plus précarisés – principalement des consommateurs de crack chassés de la place Stalingrad et vivant dans la rue. Il s'agissait de leur offrir un lit pour la nuit dans un environnement sécurisé, avec la possibilité d'entrer en relation avec des professionnels. D'autres ouvrent ensuite à Marseille et à Lille. Ces non-lieux (pas question de s'y installer, ni d'y passer la journée) entrent dans un système d'intervention souple visant à réduire les risques liés à la consommation de drogues dans l'espace public (violences, surdoses, infections, épuisement). L'absence de logement est pointée dans l'expertise collective de l'Inserm (2010) comme un des freins majeurs, avec les interventions policières, à l'ancrage des effets de la RDR dans le style de vie des personnes ; elles se trouvent constamment replongées dans les vicissitudes de la rue, de l'urgence, des prises de produits à hauts risques, en particulier sur le plan de la contraction des maladies infectieuses, et restent ainsi éloignées des possibilités de soin et de réhabilitation.

à des usagers actifs, de crack en particulier, pour lesquels il n'existe pas de traitement. Enfin, dans le secteur de la RDR, les associations ne disposent que de quelques places, le plus souvent pour les urgences. En dépit de son caractère stratégique quant à la réinsertion sociale des personnes, l'hébergement de ces publics n'est pas prioritaire mais géré sans inscription dans une stratégie de réinsertion sociale, de RDR ou d'accompagnement aux soins. Leur présence dans les squats et dans la rue en est la contrepartie.

Sur le plan local, la « scène » rend visibles aux yeux de tous les risques d'exacerbation des vulnérabilités sur le plan de la santé et du social, tout en révélant la vulnérabilité du système d'action publique (rénovation urbaine, action sur les toxicomanies et les risques associés, gestion de l'espace public). Avant que l'évacuation ne soit décidée, il n'existait pas de stratégie claire de prévention, les propositions se réduisant à des accompagnements ; la coordination entre acteurs de la RDR, du sanitaire, du social et du répressif était embryonnaire. Face aux nuisances occasionnées – violences, prostitution, problèmes d'hygiène, etc. –, les habitants ont exercé une forte pression auprès des pouvoirs publics pour sécuriser et « nettoyer » le quartier. Le passage du ministre de l'Intérieur de l'époque sur les lieux a accéléré l'engagement de moyens exceptionnels pour dissoudre la scène de consommation et suivre les toxicomanes : l'évacuation s'accompagne de moyens concédés aux asso-

ciations de la RDR pour agir sur l'hébergement et l'accompagnement socio-sanitaire des usagers de crack, les plus vulnérables, vers le droit commun. Les acteurs de la RDR sont alors investis d'une fonction d'« expertise ». L'urgence étant de faire disparaître la « scène », l'hébergement n'est d'abord pensé que comme une mesure transitoire (financement de six mois pour régler les frais d'hôtel), ce qui crée une opportunité pour proposer un projet expérimental⁸ et alternatif à l'offre existante. Cette « fenêtre » sur le territoire des interventions engagées en Seine-Saint-Denis permet de mettre en œuvre une des « expérimentations morales » (Bateman, 2004 ; Joubert, 2009) qui caractérisent le domaine de la RDR : sortir les plus vulnérables du jeu éprouvant de l'invisibilité, contribuer à leur redonner un droit de cité, leur ouvrir de réelles opportunités d'accès aux soins, sans pour autant les faire entrer dans les processus de contrôle et de prise en charge.

Recherche d'une transition entre hébergement d'urgence et intégration

Le projet de l'association Proses s'adresse aux usagers les plus précarisés issus de la scène de crack. Il s'inscrit dans la problématique du « bas seuil d'exigence », tout en proposant un seuil plus élevé de qualité et de moyens. Il s'agit tout à la fois de poser le minimum de conditions pour faciliter l'accès aux usagers les plus vulnérables et de promouvoir un espace de vie ambitieux sur le plan de la qualité des lieux et de la volonté de ne pas en faire une nouvelle instance de gestion de l'urgence d'un public indésirable. L'arrêt de la consommation n'est pas exigé et les intervenants se proposent de développer avec leurs interlocuteurs « une certaine stabilité et remise en confiance », dans la perspective de les « rediriger vers le droit commun » (selon le directeur de l'association). La petite dizaine de personnes sélectionnées pour intégrer le pavillon en 2009⁹ fait l'apprentissage d'une vie en commun, avec une organisation pour le partage des tâches. Elles reconstituent leurs propres supports sociaux en renouant avec des membres de leur famille ou des proches susceptibles de les aider, et amorcent une réhabilitation sur le plan des droits et des savoir-faire sociaux. « On voulait travailler sur la reprise d'autonomie et responsabiliser les usagers de drogues, qu'il n'y ait pas quelqu'un

derrière eux tout le temps ; donc, le matin, quelqu'un passe (car c'est compliqué pour eux [de distinguer] le jour et la nuit). » Il s'agit de proposer une « vie collective et une prise en charge individuelle » : « Quelqu'un les réveille pour une vie collective autour du petit déjeuner. On travaille six jours sur sept (sauf le dimanche). » La présence des éducateurs le matin permet d'assurer le respect des rendez-vous médicaux ou administratifs. Il s'agit aussi de favoriser « l'apprentissage de la vie quotidienne » – par exemple d'apprendre à « investir sa chambre », « faire un lit », car les usagers ont « tendance à reformer un squat, à dormir par terre à côté du lit », à en prendre soin, à changer les draps, à prendre une douche, etc. Le règlement intérieur se veut « rigoureux et en lien avec les lois du pays » : « pas de consommation d'alcool ou autre sur place » ; on fume « dans une salle spéciale ou dehors ». Le logement est donc investi comme un levier de remobilisation des personnes, qui sont mises en situation d'agir par elles-mêmes, de réguler leur consommation et de stabiliser un pan de leur vie. Cet espace-temps de transition se propose aussi de fonctionner comme un espace de socialisation permettant aux personnes de développer leurs compétences de vie (hygiène, alimentation, sommeil), leurs dispositions à évoluer dans un milieu convivial, non moralisateur, et à retrouver les chemins de la prévention et des soins (en particulier pour les hépatiques). L'équipe de professionnels, rodée à la RDR, travaille à assurer un accompagnement et un soutien, tant dans l'organisation des tâches quotidiennes que dans les démarches d'accès aux droits et aux soins. La prise en compte des capacités d'action des personnes est assurée par le collectif, qui contribue aux processus de régulation des conduites (réduction des prises de risques, de la violence, etc.) et au renforcement de leur autonomie capacitaire (Cantelli et Genard, 2007). Les hébergements d'urgence ne permettent pas l'appropriation et le développement de compétences sur le plan de l'habiter et de la maîtrise des droits de base. Le programme, dans un processus d'intégration, inclut ici les droits, les habiletés sociales, la vie collective aussi bien que le développement des compétences individuelles.

Un double processus de reconnaissance

Sortir les usagers de la stigmatisation va de pair avec le souci de les reconnaître comme des êtres humains (Honneth, 2002). Dans les faits, cette dimension est la plupart du temps négligée, surtout quand il s'agit de sans-logis, d'usagers de drogues ou de migrants sans papiers, *a fortiori* quand ils réunissent les trois conditions. Offrir un hébergement de qualité, confortable et esthétique, chaleureux et respectueux de leur dignité humaine¹⁰, est

8. Cette expérience a été la première du genre. Opérationnelle en avril 2009, elle a permis d'intégrer la moitié des usagers qui étaient jusqu'alors hébergés à l'hôtel.

9. Les bénéficiaires ont été recrutées sur la base de leur capacité à s'inscrire dans une « démarche proactive » (se mobiliser, engager des démarches), à formuler une « demande réelle d'hébergement » (dixit le chef de service) et à respecter les termes du contrat établis lors de l'hébergement à l'hôtel (assister aux réunions hebdomadaires, partager les repas collectifs). Le suivi et l'accompagnement effectués durant cette première phase d'hébergement à l'hôtel ont permis aux acteurs de RDR de mieux l'apprécier et l'évaluer.

10. L'hébergement prend place dans un pavillon de standing comportant des espaces de confort, spacieux, des matériaux de qualité, du mobilier neuf, etc.

une solution sous-tendue par des valeurs d'humanité (égalité, réciprocité, respect). Elle conduit à porter aux personnes de la considération, à leur redonner une dignité affectée par la stigmatisation, l'étiquetage, les conditions de vie dans la rue, à les reconnaître dans leur singularité et leur citoyenneté potentielle.

Le choix d'un habitat dans une « ville-sociabilité¹¹ » (Montreuil), éloignée des territoires de grande précarité dans laquelle évoluaient les usagers, répond au souci d'infléchir les processus de vulnérabilisation liés à la relégation, à la stigmatisation et à la dépendance aux produits. Pour s'inscrire dans un contexte moins marqué et plus protecteur, les personnes doivent retrouver une place dans la ville avec un changement de traitement (regard porté sur eux, enfermement dans le stigmate). Le projet intègre la création de supports et d'occasions leur permettant de s'éloigner de leur mode de vie antérieur. Il s'agit de leur offrir un lieu-ressource, un « espace-temps » de récupération, offrant calme, sérénité et recul par opposition aux conditions extrêmes de la « survie » à la rue (fatigue, usure). Un lieu qui leur permette de se (re-)poser, de se rétablir et de reconstruire des forces – autant de mots clés utilisés par les intervenants et les usagers. À l'occasion des *workshops*, les usagers ont insisté sur la qualité de cet espace et son inscription dans l'ordinaire de la ville. Pour Renaud¹², un des usagers-habitants du pavillon qui choisit et commente une photo représentant une maison sur une île, « cet endroit au milieu de l'océan, isolé, me permet de réfléchir et de me créer un monde nouveau dans un endroit éloigné de celui d'avant » (friche de Saint-Denis). Dans un premier temps, le transfert dans un tel lieu interroge les usagers, mais aussi le voisinage. « On a perdu les habitudes, on est obligé de faire attention, on revient à la vie, il faut un temps d'apprentissage encore. Moi qui était dans le squat là-bas, on m'amène ici d'un coup, je me suis dit peut-être ils se sont trompés ou ils m'ont piégé. Parce que déjà dans cette vie-là [dans la rue], on ne sent pas important, donc comment peut-on me donner une place comme ça ? » Il ne s'agit pas d'implanter un bunker, mais au contraire un lieu de communication et de confiance : « C'est pas juste une maison, il y a tout l'environnement, le lien social entre l'habitat et l'environnement, que les gens se sentent inclus... le calme, le jardin, l'esthétique du lieu disent quelque chose de la manière dont l'accompagnement a été conçu. C'est une expérience un peu à part dans la façon de faire ou d'accompagner (*workshop* intervenants). »

11. Dans le sens de Simmel (1910) (sociabilité comme « art d'être ensemble »), la personne devenant l'étranger susceptible d'entrer dans une dynamique d'échanges et de confrontations, et plus dans le statut du paria de l'intérieur parqué à la marge.

12. Le prénom a été changé pour préserver l'anonymat de la personne.

Il s'agit aussi pour les acteurs de la RDR d'élargir le cadre de reconnaissance de leur travail. Après avoir milité pour faire reconnaître la cause de la RDR¹³, obtenu l'instauration d'un cadre institutionnel (les Caarud¹⁴), les avancées apparaissaient encore insuffisantes. En effet, comment assurer un suivi au plus long cours permettant de rétablir leurs droits et un accès aux soins, y compris pour l'hépatite C (VHC) dont la prévalence s'élève à près de 60 % parmi les usagers de drogues¹⁵ ? La frange la plus précarisée de leur public, qui erre entre la rue, le squat et les structures d'urgence, et doit ruser en permanence avec la répression (usage de produits illicites, absence de papiers), n'a pas vu sa situation évoluer au cours des années, en particulier sur le plan sanitaire (VHC). L'alternative en matière d'hébergement est pensée comme un « chantier de construction qui renvoie à l'idée d'engagement, de mouvement et d'innovation. Il y a une certaine sérénité dans cet engagement ; le désir de justice ne va pas avec celui de vengeance ; le combat engagé doit être serein, cherchant uniquement à ce que tous obtiennent les mêmes droits » (*workshop* cadres-intervenants).

Proximité au-delà de l'urgence

Cette démarche suppose de la souplesse, tant dans les modalités et les règles de fonctionnement du lieu que dans les relations entre intervenants et usagers : des règles, mais ajustables et fondées sur la confiance. Dans le pavillon, la proximité suppose de la part des intervenants des postures de non-jugement, de respect, d'écoute et de compréhension ainsi que la prise en compte du point de vue des usagers, des relations « d'égal à égal » pour réduire les dissymétries inhérentes à la relation d'aide. La confiance mutuelle, le respect, la réciprocité, nécessaires à la coopération et aux prises de décision partagées, ne se décrètent pas et reposent sur le consentement, l'implication et la participation active de la personne. L'alliance doit donc être construite « au plus près ». « Sans être des amis, nous travaillons ensemble avec un même objectif : avancer, réussir à repartir. On est les premières lignes » disent les intervenants. La personne doit devenir capable d'agir par elle-même, de faire des choix, ce qui suppose un engagement. La motivation, le désir de « s'en sortir » ou le « projet de se remettre dans une

13. Accepter le principe d'une aide aux injecteurs pour qu'ils injectent « à moindre risque » puis accèdent à la substitution.

14. Décret n° 2005-1606 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), modifiant le code de la santé publique ; circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de RDR, à la mise en place des Caarud et à leur financement par l'assurance maladie.

15. Cf. le dossier de presse de Médecins du Monde, *Épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures*, mai 2009.



A. Syn

dynamique de soins ou de stabilisation » (directeur) constituent des ressorts d'implication sur des projets personnels. Les intervenants soutiennent et accompagnent la personne dans ce mouvement mais ne font rien à sa place. Cette posture se distingue néanmoins de l'idéologie de l'activation propre au monde de l'entreprise, qui tend à se développer dans les politiques sociales ; derrière les mêmes termes (projet, agir par soi-même, responsabilisation), le sens pratique et les conditions de mise en œuvre ne produisent pas de disqualification (Dumont, 2011).

Le levier du « prendre soin »

Les postures et dispositions adoptées par les membres de l'équipe tranchent avec le fonctionnement des dispositifs de droit commun : se rendre disponible et se saisir des opportunités (demandes de soutien et d'accompagnement dans la rédaction d'un courrier, etc.) ; prendre le temps de s'adapter aux temporalités propres à chacun ; adopter une

posture empathique et une démarche compréhensive ; établir une relation plus égalitaire. Dans les interactions et les échanges avec les personnes, ces manières d'agir se manifestent par un ensemble d'attentions, d'égards, de petits gestes, des marques de considération, de respect, de sollicitude et de bienveillance. Ces conditions, combinées à la proximité, facilitent l'établissement de liens de confiance, la création d'un espace d'échange, de communication, d'expression et de collaboration. Cette articulation entre la RDR et le *care* (Paperman et Laugier, 2005) vise à compenser ou à neutraliser les injonctions disciplinaires dominantes qui poussent à l'activation et à la responsabilisation (Roux, 2012). « Accueillir la personne dans ses choix de vie s'ils sont réfléchis, même si ça ne colle pas à la société, si ça dérange les autres... On a le droit d'être atypique, hors de la performance et de l'autonomie » (*workshop* intervenants). Dans la philosophie de la RDR, il ne s'agit pas de « laisser aller » ou de complaisance, mais de la possibilité de voir s'infléchir les prises de risques et les trajectoires.

Cela suppose de pouvoir disposer d'un cadre d'action « souple et peu contraignant », permettant d'éviter la reproduction des mises en échec tout en étant suffisamment « réglé » pour structurer la capacité d'agir par soi-même des personnes. La logique d'intervention s'en trouve inversée : « créer un hébergement en fonction des besoins des hébergés et non en fonction de l'État ou... et des associations » (intervenante). Cela revient à opposer au modèle paternaliste et infantilisant fondé sur le contrôle et la surveillance une « autogestion » fondée sur la confiance. La présence de l'équipe dans le lieu n'est pas permanente ; des tâches et des responsabilités sont confiées aux personnes hébergées (gestion des clés, du téléphone, etc.), contribuant de fait à les positionner comme acteurs. Deux espaces-temps favorisent les réajustements sur le plan du rythme de vie diurne-nocturne : le matin (petit déjeuner) et le soir (repas) – les personnes hébergées sont libres de s'organiser pour le déjeuner. En journée, la présence des intervenants dépend des sollicitations sur le plan des accompagnements vers le droit commun. La nuit et le week-end, l'organisation repose sur un système d'astreinte : à tour de rôle, l'un des trois cadres de l'association (directeur, chef de service de l'hébergement et celui du Caarud) reste joignable par téléphone et se déplace au besoin. De leur côté les personnes hébergées sont aussi d'astreinte chaque jour à tour de rôle, pour assurer les actes quotidiens de la vie en collectivité : courses, cuisine, téléphone, urgences, etc. Le fonctionnement du lieu repose sur de « petites règles », « les plus basses possibles¹⁶ », qui visent à favoriser la participation, l'implication et la responsabilisation au travers d'activités assurant le développement des apprentissages

16. « Se lever le matin, respecter les heures de repas, entretenir les lieux » (entretien cadre).

de la vie quotidienne et le renforcement des « capacités de base¹⁷ ». Le non-respect de ces règles n'a pas vocation à être sanctionné par une mesure punitive pour ne pas retomber dans les logiques de rupture et d'exclusion¹⁸.

L'hébergement : un support social pour sortir de l'urgence

Au contraire de l'hébergement d'urgence qui ne fait que pallier des besoins immédiats de mise à l'abri et de l'hôtel social qui ne permet pas de travailler sur l'accompagnement socio-sanitaire, le pavillon a permis d'installer au cœur de la cité un hébergement collectif pensé comme un espace-temps de transition, ajustable au cas par cas, permettant de répondre à des besoins multidimensionnels (logement, santé, socialisation, régulation de la consommation...). Il s'agit de modifier certains des paramètres de vulnérabilité spécifiques aux usagers de drogues, en leur permettant de se réinscrire dans une dynamique sociale et de se reconstituer des soutiens, de manière à favoriser la stabilisation nécessaire au contrôle d'une trajectoire propre. Un tel espace peut être considéré comme intermédiaire entre la rue, les lieux dédiés à l'urgence et les circuits et structures de droit commun. Il fait « transition » en facilitant les médiations et passages nécessaires à la réhabilitation tout en développant les capacités des personnes. L'enjeu est de faire de cette question de l'hébergement une mission des Caarud, inscrite dans le cadre de la loi de santé publique. La question de la reconnaissance prend ici une place centrale, tant pour ces publics indésirables laissés pour compte et exposés à diverses formes de vulnérabilités auxquels il s'agit de redonner une visibilité, une voix et des droits, que pour les intervenants qui doivent s'organiser et lutter pour faire reconnaître leur travail reposant sur des savoir-faire spécifiques.

Pour sortir de la spirale produisant et reproduisant un « milieu » de plus en plus distant des institutions, de tels espaces-logement peuvent assurer aux personnes une autonomie et une sécurité suffisantes, leur permettant de développer des compétences de vie et de s'engager dans une trajectoire d'intégration. La qualité spatiale et sociale du « lieu » joue donc un rôle important : les personnes doivent pouvoir l'investir, s'y réfugier, mais aussi s'en extraire. Il peut devenir un support social communautaire, au sens de

l'introduction d'une dimension collective, offrant la possibilité de partager des ressources et d'intégrer des trajectoires contrastées.

La boucle paradoxale de la vulnérabilité

Au fil du temps, la démarche engagée a gagné en stabilité¹⁹. Mais dès le départ, elle a été traversée par la vulnérabilité et l'incertitude, pour des raisons qui tiennent à la fragilité de son statut (expérimentation, secteur faible dans le champ de la santé publique) et des moyens octroyés (faibles, sans aucune base de financement pérenne). « Ce projet a été mis en place pour répondre à une urgence, les choses se sont construites peu à peu » (directeur). C'est donc avec des repères réduits et une stabilité transitoire que l'expérience a été engagée.

Le caractère hybride de l'hébergement y est pour beaucoup. Conçu à l'aune des valeurs de la RDR (pas d'arrêt de la consommation comme préalable), il se trouve pris en contradiction avec l'esprit de la loi de 1970 (l'abstinence) obligeant les intervenants à rappeler le cadre légal. Cette tension rend délicate la gestion des consommations dans le lieu. L'absence ou l'insuffisance d'écrits consolidés (projet d'établissement, règlement intérieur, fiches de poste, etc.), et le processus de travail sur un mode essais-erreurs témoignent de cette instabilité. Ce cadre mouvant et des missions floues ont pu apparaître « usant » pour des « acteurs faibles²⁰ » soumis à une pression forte (propre des « premières lignes »), avec de faibles gratifications professionnelles (précarité des statuts, contrats et conditions de travail) et des enjeux forts en termes de reconnaissance et de formation²¹. En l'absence de sécurité, ils devaient en permanence « faire face » (imprévus, incidents), s'interroger sur le sens de l'action et se renouveler (*versus* la routine). Des crises et conflits récurrents ont produit du *turn-over* contribuant à fragiliser l'équipe en affectant son potentiel d'organisation, avec la nécessité de renouveler le processus d'intégration pour les nouveaux intervenants. Si les vulnérabilités partagées et la proximité leur ont permis de se rapprocher et d'échanger avec ces publics, elles ont aussi

19. Après quatre années d'expérimentation, la démarche s'est consolidée et l'équipe stabilisée.

20. Les « acteurs faibles » (Payet *et al.*, 2005) ne disposent que de peu de légitimité dans leur institution (ou au regard des pouvoirs en place), mais cette faiblesse va de pair avec leur capacité d'approche des publics et une plus grande proximité.

21. Les profils des intervenants étaient diversifiés : issus de l'autosupport (ex-usagers s'étant qualifiés pour travailler auprès de leurs pairs), en cours de formation ou de validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE), disposant d'une formation non spécialisée et jugeant ne pas avoir les compétences requises pour occuper leur poste, stagiaires en formation (éducateurs spécialisés, assistante sociale).

17. « Alors sur les petites règles que nous on pose ici c'est déjà la préparation du repas, on responsabilise, on leur donne des sous, des vrais, c'est-à-dire que c'est pas un ticket pour aller récupérer un colis, machin, c'est du liquide, qu'on donne à l'hébergé, donc on instaure cette confiance-là » (entretien avec une intervenante).

18. « Sur les CHR, s'ils ne sont pas rentrés à une certaine heure ils perdent leur place ; si la personne fume une clope, elle est mise dehors, enfin c'est-à-dire qu'il n'y a pas de souplesse ; et ici ils ont cette chance d'avoir cette souplesse » (entretien avec une intervenante).

constitué une faiblesse (effet miroir fragilisant, difficulté à capitaliser).

Pour les usagers, l'instabilité de l'équipe et du cadre a pu être vécue comme insécurisante. L'excès de temps résultant du temps libéré des contraintes de la vie dans la rue, peut devenir pesant et difficile à vivre (vide, ennui), la crainte de l'après-hébergement, entre la rue et l'après-rue, être amplifiée par la perspective d'un avenir très incertain. Un processus de négociation identitaire, entre marginalité et normalité, se trouve engagé et absorbe une énergie importante (Colombo, 2010). Malgré l'appréhension de retrouver le monde social ordinaire, il faut éviter de s'installer dans le lieu. Ce risque de chronicisation est combattu par les promoteurs de l'expérience, mais beaucoup de paramètres leur échappent. La régularisation de la situation administrative des personnes « sans-papiers » pèse pour beaucoup et vient se surajouter aux difficultés plus générales du travail avec des usagers de drogues actifs. L'accès à des ressources, via des emplois (aidés ou non), condition du passage vers le droit commun, s'avère de plus en plus difficile, en particulier pour les usagers les plus âgés, proches de l'âge de la retraite, pour qui retrouver ce type de relation à l'activité et à l'économie est essentiel. Enfin, les possibilités de bénéficier de relais et d'accompagnements à la sortie tendent à se réduire, les liens avec les partenaires du droit commun à s'affaiblir faute de légitimité. Cette boucle résulte directement de la fragilisation de ce type de démarche, ce qui interroge la logique de l'action publique.

Les paradoxes des politiques publiques dans l'action auprès des plus vulnérables

Le sentiment ambivalent qui ressort du suivi et de l'analyse de cette expérience semble refléter la manière dont s'opère, ces dix dernières années, dans une conjoncture de raréfaction des moyens, la gestion des minorités préoccupantes sur le plan de la santé comme de l'ordre public. Si les expérimentations ont vocation à déboucher sur des évolutions dans les circuits de droit commun, il ne pouvait en être de même pour cette expérience. Le domaine des drogues présente des particularités : la loi de 1970, toujours en vigueur, interdit la consommation et la présentation « sous un jour favorable » des produits illicites. Durant la période de développement du sida, des mesures exceptionnelles ont été considérées comme nécessaires ; depuis l'intégration des trithérapies et des produits de substitution, les priorités ont changé. Les contraintes budgétaires ont incité au regroupement des services rendus par les associations et à la rationalisation des programmes à nouveau tournés prioritairement vers les soins. Les expériences se proposant d'agir sur les déterminants sociaux comme le logement, les droits, l'insertion et le travail se sont trouvées reléguées au second plan.

Malgré tout, l'expérience engagée contribue à élargir la réflexion sur les conditions de réduction des vulnérabilités auprès de ce type de public. Un espace de vie digne et respectueux des personnes, qui ne soit pas synonyme de relégation aux marges de la ville, peut contribuer à rouvrir des perspectives de vie et d'intégration sociale. Le logement activé comme support de socialisation et de développement des compétences interagit sur l'évolution des conduites de consommation. Si le coût *per capita* de ce programme peut paraître élevé au regard de l'échelle des coûts d'hébergement dans le domaine social, on oublie de le mettre en perspective avec les coûts occasionnés par l'errance, la dégradation de l'état sanitaire et la criminalisation des usagers²². Le temps est aussi un facteur indispensable à la réussite de ce type de travail, car il ne suffit pas seulement d'intégrer un logement, mais d'acquiescer conjointement les ressources permettant de le gérer dans un parcours de réhabilitation (accès aux droits et aux soins). Beaucoup des usagers hébergés étaient au départ « désaffiliés » (Castel, 1995) (déracinement, perte de travail, de logement, des liens familiaux, de nationalité, etc.) et « affaiblis », entre perte d'identité, identité sociale incertaine et déficit de reconnaissance. Après plusieurs mois de reconstruction et de stabilisation, la restauration d'un minimum d'autonomie et de considération leur a permis de se projeter dans le temps. Plusieurs ont pu « faire une pause » et, sans être abstinent, s'engager dans un traitement (VHC), avec pour certains une guérison à la clé²³. Cette stabilisation est elle-même transitoire si elle n'est pas relayée par des ouvertures vers le droit commun.

En introduisant un échelon intermédiaire dans le parcours des usagers de drogues les plus précaires, la formule de l'hébergement transitionnel contribue à modifier le paysage institutionnel et à redessiner les contours d'une offre de service élargie en RDR²⁴. Mais elle pointe aussi le besoin de structures-relais ouvrant des voies de réinsertion professionnelle accessibles à ces profils de publics, par exemple dans le champ de l'économie sociale et solidaire. Sans des avancées sur ce terrain, les personnes

22. Les calculs effectués par le programme Housing First montrent que les marges d'autonomie accordées à des équipes légères d'intervention coûtent trois à quatre fois moins cher que le maintien des personnes dans la rue.

23. Sont aussi concernés des profils d'usagers plus diversifiés (hommes, femmes, jeunes, vieux, consommateurs de produits variés).

24. Plusieurs associations de RDR ont cherché à renforcer leur positionnement sur cet axe.

restent enfermées dans un cercle vicieux²⁵. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prône le développement des « aides au logement durable » et « l'expérimentation de partenariats opérationnels avec des acteurs du champ de l'hébergement et de l'insertion professionnelle²⁶ ». Le cadre d'action publique reste ambivalent. Le registre du logement est partiellement reconnu comme un axe majeur de la politique de réduction des risques sanitaires et sociaux pour les usagers précarisés. En rester aux expérimentations revient à cantonner ces actions dans un statut précaire et à faire que les acteurs s'épuisent sans avoir les moyens d'aider les usagers à sortir de la boucle paradoxale de la vulnérabilité.

25. Aujourd'hui, les usagers de crack issus de cette scène sont, à l'exception de l'un d'eux, sortis du pavillon : deux sont hébergés par Proses (un Caarud situé à Montreuil et à Saint-Denis) en chambre individuelle à l'hôtel ; un est allé en appartement pour soin (sevrage) ; trois sont repassés par la prison pour infraction à la législation aux stupéfiants ; un a été « exclu pour violence auprès d'une femme hébergée au pavillon » (directeur) ; un est décédé (maladie grave).

26. [En ligne] <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildt/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-2013-2017/>.

Références bibliographiques

- Augé M., (1992), *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil.
- Bateman S., (2004), « L'expérience morale comme objet sociologique », *L'Année sociologique*, 2, vol. 54, pp. 389-412.
- Ben Mrad F., (2004), « La médiation sociale : entre résolution des conflits et sécurisation urbaine », *Revue française des affaires sociales*, 3, n° 3, pp. 231-248.
- Cantelli F., Genard J.-L. (dir.), (2007), *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ (Droit et Société).
- Caprani I., (2005), « Le quartier transitoire ou la manière de désigner une conjoncture socio-spatiale dans le cadre d'un quartier ethnique de centre-ville », *Geographica Helvetica*, Jg 60, pp. 184-191.
- Castel R., (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Cefaï D., Gardella E., (2011), *L'urgence sociale en action*, Paris, La Découverte.
- Colombo A., (2010), « Entre la rue et l'après-rue : comment être à la fois dedans et dehors ? », *Pensée plurielle*, 2, n° 24, pp. 79-88.
- Connolly J., (2006), *Répondre aux problèmes posés par les « scènes ouvertes de la drogue », la criminalité et les atteintes à l'ordre public : vers une approche partenariale*, Strasbourg, Groupe Pompidou.
- Dumont D., (2011), « Activation rime-t-elle nécessairement avec stigmatisation ? Une mise en perspective critique du procès de l'État social actif », *Droit et société*, 2, n° 78, pp. 447-471.
- Garcia F., (2009), « Complémentarité de la recherche et des actions de terrain. Le travail de prévention VIH et d'accès aux droits avec les personnes prostituées », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 3, n° HS-9, pp. 157-164.
- Giroux-Arcella P., Joubert M., Mouglin C. (dir.), (2005), *Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- Honneth A., (2002), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éditions du Cerf.
- Igas, (2005), *L'intervention sociale, un travail de proximité*, rapport annuel.
- Inserm (expertise collective), (2010), *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Inserm.
- Joubert M., (2009), « Quartiers vulnérables, drogues de rue et troubles de voisinage : actions locales et mobilisations morales face aux nouveaux troubles urbains », in Michel A. (dir.), *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources*, Éditions Le Manuscrit.
- Lévy-Vroelant C., Joubert M., Reinprecht C. (coord.), (2015), *Agir sur les vulnérabilités. Les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge*, Saint-Denis, Presses universitaires de Vincennes.
- Maillard I., (2011), « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé publique*, hors-série, vol. 23, nov.-déc., pp. 127-140.
- Martin J.-P., (2011), *La rue des précaires. Soins psychiques et précarité*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- Negt O., (2007), *L'espace public oppositionnel*, Paris, Payot.
- Nussbaum M. C., (2012), *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Paris, Climats Éditions.
- Paperman P., Laugier S. (dir.), (2005), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Payet J.-P., Giuliani F., Laforgue D. (dir.), (2008), *La voix des acteurs faibles, de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Pur.
- Piette A., (1990), « L'École de Chicago et la ville cosmopolite d'aujourd'hui : lecture et relectures critiques », in Bastenier A. et Dassetto F. (Éds), *Immigrations et pluralisme, une confrontation de sociétés*, Bruxelles, De Boeck.
- Rouilleau-Berger L., (1993), « La construction sociale des espaces intermédiaires : l'exemple de jeunes en emploi précaire face aux politiques sociales », *Sociétés contemporaines*, n° 14-15, pp. 191-209.
- Roux S., (2012), « La discipline des sentiments », Responsabilisation et culpabilisation dans la justice des mineurs, *Revue française de sociologie*, 4, vol. 53, pp. 719-742.
- Simmel G., (1910), « La sociabilité. Exemple de sociologie pure et formale », in *Sociologie et épistémologie*, Paris, Puf, 1981.
- Ulysse P.-J., (2007), « Pratiques de solidarités et initiatives territoriales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion : le cadre des structures médiatrices non-étatiques », in Baillergeau E. et Bellot C., *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Sainte Foy, Presses de l'université du Québec, pp. 13-36.

Biographie

ISABELLE MAILLARD est sociologue. Elle travaille sur les transformations que connaît le champ sanitaire et social, plus particulièrement ce qui relève des politiques publiques et des logiques d'intervention en direction des populations qualifiées de « vulnérables », avec un focus sur la santé mentale. Elle a notamment publié, en 2008, « Diversité des prises en charge psychologiques des adolescents dans un réseau de santé mentale », in Champion F. (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin ; en 2011, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé publique. Psychiatrie et Santé mentale : dynamique et renouveau*, hors-série, vol. 23, nov.-déc., pp. 127-140 ; et en 2012, « La prise en compte des compétences et capacités adolescentes : un renouvellement des approches du rétablissement en pédopsychiatrie », *Revue Développement humain, handicap et changement social*, (20), 2, pp. 87-103.

isabelle.maillard@libertysurf.fr