

pective d'abstinence, ces associations ont promu une approche de la prévention au sein même de l'usage des drogues. Désignées sous l'appellation de réduction des risques, ces actions ont consisté à limiter les risques de contamination en encourageant l'utilisation de seringues stériles et en informant les usagers de drogues des risques sanitaires encourus. S'appuyant sur des structures d'intervention mobiles (bus), des lieux d'accueil spécifiques sans perspective thérapeutique ("boutiques", Sleep-in), ainsi que les technologies issues de la santé communautaire comme le travail de rue ou l'éducation par les pairs, la réduction des risques a encouragé l'implication professionnelle d'anciens usagers (que ce soit sous la forme d'associations dites d'auto-support ou par le recrutement d'acteurs de prévention issus de la pratique de drogue). La reconnaissance de l'usage de drogue et le statut d'acteur participatif donné aux usagers ou ex-usagers ou ayant une familiarité avec le milieu de la rue, ont motivé de façon plus ou moins prononcée selon les villes l'opposition des Centres de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes à cette nouvelle philosophie.

Rappelons que la Loi de 1970 fait de l'usage de drogue et de tout discours ou action pouvant être assimilé à du prosélytisme un délit passible d'une sanction pénale (cf. article d'introduction d'I. Feroni et T. Apostolidis) ce qui explique en partie la nette réserve du milieu institutionnel de la toxicomanie à l'égard des ces nouvelles formes d'intervention. Enfin, la prévention de la toxicomanie n'a pas été intégrée dans le nouveau découpage territorial des compétences sanitaires et sociales mis en place en 1982, et demeure encore aujourd'hui à la charge de l'Etat. La mise en œuvre des actions de réduction des risques sur le terrain est restée de ce fait même limitée au milieu professionnel acquis à cette nouvelle philosophie de la prévention sans pouvoir bénéficier du concours des éducateurs de rue de la Prévention Spécialisée Départementale.

La reconnaissance progressive par les pouvoirs publics de ces formes d'intervention sur le plan national à partir de 1993 ou local (cf. ci-dessus l'article de G. Le Naour) et leur prolongation dans le cadre de financements étatiques ou

L'élaboration d'une professionnalité au sein d'un lieu d'accueil « bas-seuil » pour usagers de drogues

• Magali Migone *

Après une période marquée par le poids de l'approche sécuritaire de l'usage des drogues, caractérisée en France par la référence à la loi de 1970, les « années sida » voient l'émergence d'une appréhension sanitaire de la question et une re-conceptualisation médico-psychologique des catégories dans lesquelles sont pensés les produits stupéfiants et leurs usages. Cette évolution affecte les politiques de prévention désormais moins systématiquement centrées sur le sevrage et plus ouvertes à la réduction des risques associés à l'usage. Pendant que dans le même temps la recherche en épidémiologie et en sciences sociales fait une plus large place à cette question et met l'accent sur la variété des usages et des produits, les campagnes de prévention élargissent l'éventail des produits ciblés à l'alcool et au tabac et s'adressent à un large public, achevant de désenclaver la question des drogues de son association à la question de la marginalité sociale.

L'évolution des politiques en matière de toxicomanie affecte l'ensemble des acteurs du secteur de la prévention, qu'il s'agisse de nouveaux métiers émergents ou des métiers plus traditionnels issus du travail social. A partir d'un travail universitaire d'observation et d'entretien réalisé dans un lieu d'accueil à bas seuil d'exigence thérapeutique de la région PACA, ce texte présente quelques éléments relatifs à la construction d'une professionnalité spécifique à ce type d'intervention. La co-élaboration des savoirs utiles à l'intervention ainsi que la redéfinition des termes de la relation professionnel/usager en sont les éléments déterminants.

Les dispositifs d'accueil "bas seuil" ("boutiques") offrent aux usagers de drogues marginalisés des prestations simples telles que petite alimentation, douches, petits soins, sans exiger d'engagement dans une démarche d'abstinence ou de soins. En plus de l'accueil immédiat, ces structures proposent aide et conseils sanitaires dans le cadre de la prévention du VIH et

* RU Jean Zai,
Pav. E, ch 352,
55 Av. Général de Gaulle
92763 Anthony
migmag@hotmail.com

des hépatites et peuvent le cas échéant répondre à des demandes à caractère social. La reconnaissance et l'acceptation de la pratique addictive constituent donc la philosophie de base des structures de bas seuil. Les intervenants, qu'il s'agisse d'éducateurs, d'assistantes sociales, d'infirmières ou de médecins, s'accordent pour considérer que l'accueil des usagers de drogues nécessite en préalable le non-jugement sur l'usage de drogue. Il s'agit d'accepter l'usage de drogue en tant que pratique qui comporte des risques pour la santé des consommateurs. Dans les faits, les intervenants tout en tentant d'entretenir une certaine neutralité dans la prise en charge, se trouvent tiraillés entre une approche de la toxicomanie pensée comme dépendance ayant des effets dommageables sur la personne de l'usager, et l'approche de la toxicomanie en tant que pratique prohibée et sanctionnée par la loi. Cette tension peut être renforcée par l'expérience professionnelle antérieure de certains travailleurs sociaux dans le contexte institutionnel d'une stricte application du principe d'abstinence.

Pour ces professionnels issus en grande majorité du champ de la ré-insertion sociale ou de l'éducation spécialisée, la mission générale de prévention des risques du sida et des hépatites semble en outre insuffisante pour donner une finalité d'ensemble à l'activité. La notion de prévention des risques fait donc l'objet d'une redéfinition et s'élargit selon les intervenants à l'amélioration des conditions de vie des usagers. C'est la réhabilitation sociale et sanitaire de l'usager de drogue, bien plus que l'économie personnelle de la toxicomanie, qui constitue l'horizon de l'intervention.

Mais la "réussite" de ce travail de prévention est subordonnée selon les intervenants à la capacité à créer un contact avec les usagers de drogues, puis à engager une relation individuelle. Or l'orientation même du dispositif organisé principalement comme un lieu d'accueil collectif autour de fonctions telles que la petite restauration, l'hygiène corporelle et vestimentaire, ne rend pas obligatoire le passage des usagers vers une prise en charge individuelle. De plus, dans le contexte d'une situation marquée par le risque permanent d'épisodes conflictuels, renforcé par l'opposition numérique entre usagers du dispositif et animateurs, la relation entre intervenants et usagers semble marquée par la néces-

locaux, ont soulevé la question de leur pérennisation et avec celle-ci du statut d'une partie des travailleurs/militants qui avaient été recrutés du fait même de leurs compétences sociales. La normalisation de la réduction des risques a posé la question de l'ouverture de ces fonctions à des travailleurs n'ayant pas de rapport biographique avec l'usage de drogues. Enfin, l'évolution de la consommation de substances psychotropes, marquée par la diversification des produits et des modalités de consommation, joint à l'importance accordée par les politiques de prévention récentes à la question de l'information sanitaire et de la prévention des abus (cf. les cam-

Repenser les compétences

En 1997 la ville de Marseille, en étroite partenariat avec plusieurs associations impliquées dans la prévention du VIH et de la toxicomanie soutient le développement d'actions de réductions de risques en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse, population très fortement touchée dans notre département par l'épidémie de VIH. L'installation de huit échangeurs-distributeur de seringues stériles dans les différents secteurs de la ville, dans le but de prévenir la réutilisation et le partage de seringues usagées, constitue le fer de lance de cette politique. Néanmoins, les observations de terrain et les évaluations mettent rapidement l'accent sur la nécessité de compléter ce dispositif par des interventions directes auprès des usagers les plus jeunes ou les plus marginalisés, peu enclins à fréquenter les structures spécialisées, les lieux d'accueil "bas seuil" et les échangeurs de seringues. Les premières expériences de travail de proximité se mettent ainsi en place en 1998. Une équipe de professionnels prend contact avec les usagers de drogues licites ou illicites dans la rue ou sur le lieu de consommation et dispense ensuite informations et conseils sanitaires. Cette démarche s'appuie dans les premiers temps sur la participation active d'usagers de drogues impliqués dans la réduction des risques. Mais les problèmes soulevés par le statut ambigu de ces travailleurs mettant en œuvre des compétences liées à leur parcours biographique, la précarité de leur statut professionnel, joint au caractère novateur de l'activité vont conduire la Ville et les associations à consolider cette expérience en l'inscrivant dans le programme "Nouveaux Services-Nouveaux Emplois". La formation élaborée dans ce cadre permettra tout à la fois d'identifier les compétences mises en œuvre, de soutenir leur certification et de consolider le statut professionnel des intervenants de proximité. Un travail parallèle mené avec le CEREQ permettra au collectif d'associations engagé dans cette expérience de mettre en évidence les référentiels de compétences engagées dans cette activité.

sité d'établir et de maintenir la distance sociale qui est envisagée comme un moyen pour garantir la professionnalité de l'intervention. A l'intérieur même de la "boutique", les professionnels vont chercher à réintroduire les principes de traitement individualisé qui sont à la base de la relation traditionnelle "travailleur social/usager" en utilisant les opportunités offertes par l'organisation spatiale de la structure. Si les relations en public sont marquées par la présence du groupe, avec une forte affluence, du bruit et le regard d'autrui – les intervenants considèrent d'ailleurs l'espace accueil comme la "scène de théâtre", où chacun joue un rôle et se trouve en représentation vis-à-vis du groupe –, les relations en privé sont constituées dans les situations de face-à-face qui peuvent s'établir dans les espaces plus protégés.

Enfin la tension entre l'approche normative de la toxicomanie et celle inspirée par la réduction des risques, peut prendre parfois la forme d'un malaise qui se nourrit de la remise en cause des formes les plus classiques de la légitimité professionnelle. Les compétences sollicitées par le type d'intervention caractéristique de la réduction de risques ne renvoient pas systématiquement à l'expertise spécifique de chaque professionnel, conçue comme un ensemble de savoirs et de savoir-faire acquis au cours d'une longue formation et sanctionnés par un diplôme, mais sont en partie construits au cours de l'action et dans l'échange avec l'utilisateur, utilisateur de la structure. Cette dépendance des professionnels aux usagers est particulièrement manifeste dans le domaine de la prévention sanitaire, où les usagers habituellement pensés comme "profanes" dans le cadre d'intervention spécialisées, possèdent une connaissance pragmatique de "techniques" propres à la consommation de drogues dont la transmission est indispensable à l'organisation d'une prévention efficace. La relation entre les protagonistes n'est plus seulement envisagée comme un rapport "expert-profane", mais plutôt comme un rapport entre des personnes qui possèdent chacune un niveau de connaissance de la situation.

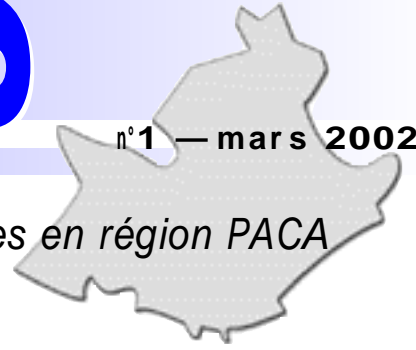
pagnes d'information du CFES 2000), renforcent aujourd'hui l'importance du travail de terrain auprès des usagers de drogues et font de la reconnaissance des intervenants de proximité un enjeu important. Ces évolutions se heurtent néanmoins à l'organisation professionnelle et statutaire interne aux institutions et associations du secteur et posent la question du mode de définition de ces nouvelles qualifications (cf. article de M. Migone). Si dans certaines structures participant au secteur humanitaire le statut d'acteur de prévention a pu intégrer ces travailleurs de proximité, il n'en a pas été de même dans les institutions où les grilles des classifications se référaient aux professions du travail social et où les qualifications étaient définies en référence à un diplôme d'Etat.

Les associations et institutions publiques porteuses du projet, qu'elles soient issues de la culture "clinique" de la toxicomanie ou de la réduction des risques, débattent ici des contenus et des limites d'une forme d'action sociale caractérisée par l'absence de mandat réglementaire. S'il apparaît aux termes des débats que les compétences mises en œuvre sont de nature essentiellement empathiques et qu'elles sollicitent avant tout une attitude dépourvue de jugement à l'égard de l'usage des drogues, rappelons que cette forme d'intervention se construit en rupture avec l'objectif d'abstinence ou de réinsertion sociale immédiat qui a structuré pendant 30 ans l'intervention professionnelle du secteur. L'objectif n'est plus l'injonction d'abstinence adressée par un professionnel abrité par les murs d'une institution spécialisée à un usager de drogues ayant transgressé la Loi, mais le maintien d'un lien et l'offre d'un service sous la forme de conseils sanitaires dans le cadre de l'usage et sur le lieu même de vie. Intervention qui sollicite une autre forme de participation des usagers et surtout un difficile travail de redéfinition des formes et des finalités du travail spécialisé dont la Table Ronde donne un écho. Le travail universitaire de M. Migone (cf. ci-après) consacré à l'activité des travailleurs sociaux engagés dans les "boutiques", lieux d'accueil à bas seuil d'exigence d'usagers de drogues, renforce ces constats et ces interrogations. Il montre que l'abandon du sevrage comme unique perspective thérapeutique et condition d'accès à une prise en charge institutionnelle modifie les termes mêmes du rapport de pouvoir professionnel/usager. La réduction des risques et plus généralement le travail de proximité ouvre la voie au remplacement du rapport "expert-profane" caractéristique de la situation institutionnelle antérieure, par une relation de coopération et d'échange où l'efficacité du travail de prévention devient dépendante de la participation et des connaissances apportées par l'utilisateur. Déplacement difficile qui interroge la légitimité professionnelle même des intervenants en toxicomanie.

Faire Savoirs

n°1 — mars 2002

Sciences humaines et sociales en région PACA



Sciences Hommes Sociétés

Dossier Toxicomanies

Isabelle Feroni
Thémis Apostolidis

métiers
Journalisme
Scientifique

entretien
Samuel Johsua

travaux
- Feyerabend/relativisme
- République/ethnicité

lectures
- L'expérience sociale
- Marseille/identités

agenda