

# Le travail de proximité auprès des usagers de drogues.

## Nouveaux emplois et nouveaux services

### Table Ronde

#### *Organisatrice :*

- **Isabelle Feroni**

#### *Participants :*

- **Daniel Barraud** (SOS Drogues International)
- **Didier Febvrel** (Médecins du Monde)
- **Mylène Frappas** (Mission Sida-Toxicomanie de la Ville de Marseille)
- **Mansour Hamadi** (Médecins du Monde)
- **Mathieu Raboin** (AIDES)
- **Hervé Richaud** (AIDES)

### *Présentation*

La brutale diffusion du virus du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse a suscité dans les années 90 des initiatives de prévention spécifiques, principalement portées au tout début par les associations humanitaires ou issues de la lutte contre le sida. En totale rupture avec les pratiques des institutions spécialisées dans le traitement des toxicomanies qui fondaient la prise en charge institutionnelle des toxicomanes sur l'engagement dans une pers-

**L**a table ronde organisée par Faire Savoirs brosse les grands traits d'une expérience marseillaise actuellement en cours qui réunit plusieurs associations et institutions du secteur de la toxicomanie autour de la reconnaissance d'une qualification professionnelle d'intervenant de proximité<sup>1</sup>. Utilisant le dispositif "Nouveaux emplois, Nouveaux Services"<sup>2</sup>, ces associations ont travaillé à définir des référentiels de compétence en collaboration avec le CEREQ<sup>3</sup> et ont construit un dispositif de formation original à partir de leurs différentes expériences.

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 \*

**A**près 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

**E**n 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.

## Débat :

**Isabelle Feroni :** Quels sont les enjeux de ce projet autour du travail de proximité ?

**Didier Febvrel :** Pour Médecins du Monde, ce projet devait nous permettre de passer du stade de l'expérimentation à une intervention publique pérenne auprès des consommateurs de drogues. Dans le prolongement du souci porté par les pionniers qui ont installé ce travail de rue, il s'agissait de prendre en compte l'ensemble des risques encourus par les usagers de drogue, c'est-à-dire de commencer à penser à une pérennisation qui ne soit pas uniquement liée à un épiphénomène historique qui serait l'épidémie de sida et d'hépatite C. Autrement dit, interroger l'intervention sociale, l'intervention publique et une population.

**Daniel Barraud :** Pour S.O.S Drogue International, ce projet est surtout un moyen de se rapprocher des usagers et d'appréhender les services que l'on peut leur rendre. Affirmer qu'il est déterminant d'aller auprès des populations qui sont à distance des institutions dans un souci d'accompagnement sanitaire et social, bien que pour les pouvoirs publics l'intervention de proximité garantisse une sorte de tranquillité parce qu'elle "cadre", permet de protéger des débordements ou des craintes, participe au maintien de l'ordre social auprès de populations désinsérées. Avant de penser à soigner, à rendre abstinents, à rendre propre, à rendre poli..., on s'est dit qu'il fallait proposer des formes nouvelles d'approche, de rencontre des gens afin d'accompagner l'usage de drogues et mettre en avant l'épidémie de sida, l'isolement, la précarité... Dans ces nouvelles formes de contact, l'échange de seringues a servi de médiation au développement de la responsabilisation des usagers, de l'éducation déjà tentée par leurs pairs (les associations d'auto-support des usagers de drogues).

**Hervé Richaud :** Pour Aides, le travail de proximité auprès des usagers de drogues a relevé de la nécessité d'une intervention auprès des populations les plus vulnérables.

**I.F. :** *En fait ce projet marque le passage entre une action militante et la mise en œuvre d'une nouvelle forme d'action sociale.*

**Hervé Richaud :** Un des autres enjeux contenus dans le projet est bien celui de la professionnalisation, c'est-à-dire du passage d'une position militante à celle d'une reconnaissance et d'une stabilisation de l'action de réduction des risques.

En prenant le risque de cette confrontation, on prenait le risque du compromis, d'être moins sur une proposition tendue, militante et engagée. On allait forcément s'ouvrir vers quelque chose où il fallait intégrer plusieurs dimensions.

C'est un des facteurs de la banalisation et de la reconnaissance de la réduction des risques et de ses acteurs. Ceci n'est pas encore abouti, cela se fait sur un accord à la fois technique et militant...

**I.F. :** *Ces formes d'intervention restent-elles réservées à d'anciens usagers de drogue ou débouchent-elles sur la constitution d'une nouvelle compétence transmissible par une formation spécifique ?*

**Mylène Frappas :** La question de "nouveau métier ou pas" a rapidement été au centre du projet.

Jusqu'alors cet emploi était basé sur des compétences sociales, c'est-à-dire que la plupart des intervenants de rue ont été recrutés en raison de leur proximité avec la rue, avec le produit...

Aujourd'hui nous faisons le constat qu'aucun processus n'est venu reconnaître, valider, les compétences requises, les compétences acquises par ces intervenants et qu'ils sont restés dans des statuts marqués par la précarité. C'est bien là que le programme "Nouveaux services- Emplois jeunes", pouvait nous servir d'appui pour engager un processus de reconnaissance de l'activité et des qualifications.

**Didier Febvrel :** Comme on était dans ce programme "Nouveaux services", il fallait donner une place particulière à des novices et rentrer dans une dynamique un peu factice au départ. Nous leur avons demandé de définir une activité innovante mais mise en œuvre dans les faits par

d'autres, comme si rien ne s'était passé auparavant, comme si on était coupé des racines. Cette situation a généré des tensions.

**Mylène Frappas :** Ces anciens ou certains d'entre eux ont été retenus comme tuteurs. Nous avons mis en place deux processus d'évaluation endo-formateurs, qui ont intégré dans leur démarche la totalité des intervenants de rue (anciens et nouveaux). Il s'agissait pour une part, d'identifier la nouvelle offre de service auprès des usagers de drogues, de mesurer sa pertinence et de construire un "référentiel activité et compétences". Ces processus ont été producteurs de connaissances pour tous les acteurs.

**I.F. :** *D'une manière concrète, en quoi consiste ce service de proximité en direction des usagers de drogues ? Que proposez-vous aux personnes rencontrées dans la rue et sur leurs lieux de consommation ?*

**Hervé Richaud :** Tu proposes simplement de la relation.

**Daniel Barraud :** On s'offre, on s'offre soi-même. On se force à aller là où personne ne va. Plus que le non jugement, c'est l'intérêt qu'on porte aux personnes qui anime ce travail.

**Didier Febvrel :** Mais si tout le monde peut dire qu'il va créer du lien, qu'il va auprès des personnes, dans ce projet-là, on va plus loin. Ce qui est spécifique c'est que cette intervention se fait sans mandat. Cela va du non jugement, au non projet, à l'absence d'obligation de résultats.

**Mathieu Raboin :** Cela permet de rentrer en lien avec des personnes qui refusent l'aspect institutionnel du travail social. Nous, on est là pour accompagner sans obligation d'insertion.

**Hervé Richaud :** Si Aides s'est concrètement engagée, l'idée qui nous paraissait importante, c'est qu'il fallait aller au-devant des personnes les plus vulnérables par rapport à l'épidémie d'hépatite ou de sida..... Il était clair qu'il fallait aller dans la proximité, auprès des gens en rupture qui ne venaient pas forcément à l'association, qui étaient concernés par le VIH, les hépatites, qu'on ne rencontrait pas ailleurs. L'histoire de la proximité, ce n'est pas forcément aller dans la rue, c'est aussi une posture dans le travail que tu engages avec des personnes. On peut être dans la proximité dans la rue, à l'association, dans une urgence hospitalière, quand on intervient dans le milieu festif.

**I.F. :** *Au-delà de l'offre d'une relation, quelles sont les finalités de cette intervention de proximité ?*

**Mansour Hamadi :** En partant aussi de la demande de la personne, il y a toujours moyen de forcer la demande. Exemple, tu arrives dans un lieu où il n'y a que des usagers de drogues, tu arrives avec tes seringues, mais tu offres aussi la possibilité de sortir de ce monde-là, de parler à d'autres, différents de soi.

**Hervé Richaud :** C'est une position d'être avec et entre. Avec : auprès des usagers ; entre : entre dispositifs et usagers. On fait passerelle pour que les gens puissent se rencontrer.

**I.F. :** *Comment peut-on travailler dans la rue sans mandat réglementé ?*

**Mansour Hamadi :** On participe à la vie de la rue au quotidien.

**Mathieu Raboin :** Nous avons aussi une fonction d'observation de première ligne, de repérage des problèmes, des états sanitaires. La lecture de rue permet de lire les situations personnelles en les resituant par rapport au territoire.

**Daniel Barraud :** Le principe "aller sans mandat" est intéressant, les modalités de régulation de ce type d'intervention sont différentes. On ne va pas juger sur les résultats produits — un projet ou pas — mais sur la qualité de la relation interpersonnelle instaurée. C'est là que l'on rentre dans la difficulté.

**Didier Febvrel :** La base c'est le binôme. On peut envoyer des intervenants dans la rue à condition qu'au retour il y ait quelqu'un pour les entendre. Il faut réguler les interventions grâce au collectif.

**I.F. :** *En fait dans ce type d'intervention, la question des limites est essentielle et pourrait se résumer en une seule question : jusqu'où peut-on aller dans l'accompagnement de pratiques privées ?*

**Mansour Hamadi :** Il y aurait des difficultés à poser des limites. On ne ferait plus rien, c'est compliqué. Jusqu'où l'on va, c'est une question. Il m'est arrivé de me trouver avec des gens, ils vont faire leur truc (se shooter), je les observe, je fais des remarques, je les engage. Cela peut arriver. Quand on arrive sur un lieu de shoot, comment tu gères cela... tu conseilles.

**Daniel Barraud :** Parfois, c'était ambigu. A la Belle de Mai, tel intervenant de proximité était un véritable dictionnaire médical, les gars l'interrogeaient sur les mélanges, il lui arrivait même de conseiller sur les produits en tenant compte tout à la fois de la prévention du risque et de l'effet de plaisir recherché par l'utilisateur.

**Hervé Richaud :** En plus, souvent ce sont des pratiques intimes dans l'espace public. Il nous est arrivé, dans ces circonstances, de demander à un mec s'il voulait qu'on reste là. Il se passe qu'il a dit oui. Il se trouvait que la personne prenait d'énormes risques et nous l'avons directement conseillée. Quand nous sommes soumis à ces choix, c'est souvent l'intuition qui fait qu'on se dit qu'on peut ou on ne peut pas y aller.

**I.F. :** *Aller dans la rue à la rencontre des usagers sans mandat cela suppose-t-il l'adoption d'une posture éthique particulière ?*

**Mathieu Raboin :** C'est une approche pragmatique. Cela déconnecte le problème de la drogue du point de vue moral. Il ne s'agit pas de dire "la drogue, c'est bien ou c'est mal", mais, "la drogue, c'est ceci ou cela". On est quand même obligé, aussi, de reconnaître qu'on est payé par un Etat. On est parfois obligé d'aller contre.

Exemple : pour le Subutex® et l'injection, on peut être amené à donner des conseils aux gens pour détourner sans risque le Subutex®.

Cela permet de créer un contact avec des gens très marginalisés, isolés de tout contact institutionnel et même associatif. Cela permet de venir là, avec un sac à dos, les gens nous identifient. Comme on a un air non inquisiteur, non accusateur, on ne juge pas, les gens peuvent venir. On peut tout entendre, on peut recueillir la parole.

**I.F. :** *Ce type d'interventions suppose en fait l'acceptation, voire la participation active des usagers.*

**Hervé Richaud :** Cela rejoint l'idée du savoir de l'autre, de la participation des usagers. On attend le savoir de l'utilisateur sur tout ce qui lui est proposé, son avis, entre autres, sur le matériel d'injection, le contenu des kits, les outils pour prévenir les risques, par exemple pour le snif... La dimension participative je la vois parce que l'on est dans une espèce de dialogue avec les personnes.

**I.F. :** *Le travail de proximité se rapproche en fait des problématiques actuelles du travail social développées dans le champ de la précarité ?*

**Mylène Frappas :** En effet, nous avons bien repéré, avec le CEREQ, qu'il y avait des spécificités dans cette fonction de rue auprès des toxicomanes, mais il y avait aussi des convergences avec d'autres interventions de rue auprès des populations précaires, désaffiliées, en situation de souffrance. Participons-nous à la construction d'une nouvelle forme d'intervention sociale dans un champ que nous intitulerons pour l'instant "Proximité/Souffrance individuelle/Précarité" ? Cependant, au quotidien, chacun gère les décalages existants entre les politiques publiques et la réalité à partir de ses propres ressources, très subjectivement dans le vis-à-vis avec les personnes. C'est ce qui pourrait être appelé solidarité, ou nouvelles formes de solidarité avec les personnes en situation de précarité.

**I.F. :** *Mais cette absence de mandat ne traduit-elle pas en fait l'abandon de toute perspective de réhabilitation, qui laisse présager l'abandon des populations concernées ?*

**Myène Frappas :** En effet, un des organismes évaluateurs vient de nous interroger sur le passage possible du non jugement, à l'abandon, aussi bien dans l'intervention de terrain que dans le cadre des politiques publiques.

**Didier Febvrel :** Je crois, néanmoins, que nous contribuons à la transformation de l'intervention sociale. Ce type d'action possède une dimension politique car elle permet de témoigner sur des situations qui n'ont pas toujours été choisies. Il y a des déterminants sociaux, des facteurs économiques qui ont poussé les gens là, et je crois que nous avons à le dire, à témoigner de cela. Nous avons aussi introduit une dimension participative en redonnant un statut à l'usager. Enfin c'est, un travail de solidarité.. Nous soutenons les gens dans la souffrance psychique que génère la difficulté d'être à côté des cadres, de ne pas y être... Là, ce projet rejoint une problématique plus générale de solidarité.

## Notes

*1 — La table ronde s'est déroulée en deux temps en juillet et septembre 2001 dans les locaux du Sleep'In (SOS Drogues International) à Marseille. Les rencontres ont suivi chacune des réunions de coordination/bilan qui réunissaient l'ensemble des associations concernées autour du travail de proximité en cours dans l'aire marseillaise. Tous les participants ont relu et révisé le cas échéant le contenu et la formulation de leurs propos avant soumission du texte au Comité de Rédaction.*

*2 — Le vote de la loi du 16 octobre 1997 définit le principe du programme « Nouveaux services — Emplois jeunes ». Celui-ci, initié par Madame AUBRY, a la double finalité de développer au plus près du terrain, des activités nouvelles à valeur ajoutée et d'offrir à des jeunes une première expérience professionnelle. Ces emplois concernent la fonction publique et le secteur associatif*

*3 — Les associations maîtres d'œuvre du projet sont AIDES Provence, AMPT, ASUD, Médecins du Monde, SOS Drogue International, la coordination a été assurée par la Mission SIDA-Toxicomanie de la Ville de Marseille.*

*Les maîtres d'ouvrage : Etat (DDTEFP, DRTEFP, DDASS, Préfecture, DRASS); Région (Direction de l'emploi, Direction de la formation); Département (Direction de l'insertion); Ville (Contrat de Ville, Mission Sida Toxicomanie, Mission Emploi); CPCAM; Europe (PIC Urbain).*

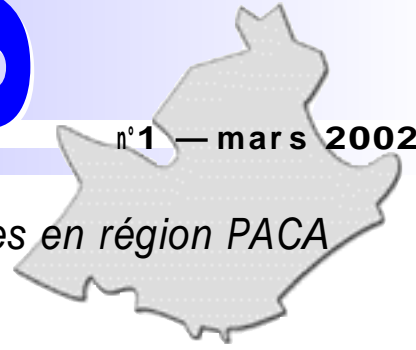
*Les évaluations ont été confiées au CEREQ et à Conseil en Pratiques et Analyses Sociales, et la formation à IMF, IFSI, CRFP, CATEIS, RELIGARE*



# 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