

**Journée « Boutiques »  
Grand Sud - 23 juin 2000**

**LES ACTES**



## AVERTISSEMENT

---

Vous avez (enfin) sous les yeux, les Actes de la Journée « Boutique, Grand Sud » du 23 Juin.

Celle-ci a réuni plus de 200 participants qui sont venus échanger et confronter leurs pratiques, principalement, celles liées à la réduction des risques, mais également aux soins et la prévention.

Nous avons choisi, pour ces Actes, de retranscrire aussi fidèlement que possible les enregistrements effectués. Nous avons toutefois procédé à un travail de « mise en forme » qui a principalement consisté à rendre la lecture plus fluide (même si elle reste parfois « aride ») au prix de quelques « éliminations ».

Quelques répétitions ont disparu ainsi que quelques « tics de langage », précautions oratoires et autres conséquences du « style parlé ».

La forme finale est proche de l'originale, le fond rigoureusement le même.

Malheureusement, la technique est parfois défailante et quelques moments des débats manquent à ces Actes.

Les magnétophones n'ont pas toujours été déclenchés à temps, les micros étaient parfois trop loin des intervenants, les propos de ceux-ci noyés dans ceux de la salle. Ces petits « problèmes » ont généré quelques « blancs », quelques absences, dont nous nous excusons. Pour autant cela ne gêne en rien la compréhension du texte ni son intérêt et sa richesse.

Avant de vous souhaiter une bonne lecture, je voudrais remercier tout particulièrement Isabelle Perles qui s'est livrée au difficile travail de retranscription des cassettes sans lequel ces actes n'existeraient pas.

Jean Jacques SANTUCCI  
Directeur Adjoint de l'AMPT



---

# **OUVERTURE DES JOURNEES**

---

**Dr BELINGARD-DEYBACH représentante de la MILDT**

**Dr LABROSSE-SOLIER, division Sida DGS**

**Dr SANQUER, DDASS 13**

## **Françoise BELINGARD – DEYBACH -MILDT**

Au nom de Nicole Maestracci, je voudrais tout d'abord souligner l'importance de la politique de « réduction des risques » (RDR) et l'attachement que la MILDT porte à cette question.

Les thèmes qui seront abordés dans les ateliers permettront d'aborder sous des angles de vue différents les grandes questions qui se posent actuellement au dispositif de « réduction des risques » en général et aux « boutiques » en particulier.

En premier lieu, il s'agit de la place de ces structures dans **l'environnement** local et, plus particulièrement, du sujet difficile de leurs relations avec les riverains.

Ceci implique un travail d'information préalable à l'implantation mais aussi, dans la durée, un travail quotidien de médiation et d'animation. Idéalement, ce travail devrait pouvoir s'appuyer sur la conviction de la société française de son devoir de solidarité vis à vis de tous les publics en difficultés et des usagers de drogues en particulier. Ce travail de mobilisation de l'opinion publique reste entièrement à construire.

Le deuxième point concerne la question des **relais**, tant avec les structures d'amont (équipes de prévention spécialisée, par exemple ... ), qu'avec les structures d'aval (dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale de droit commun). Là aussi, le travail est à reconstruire en permanence et si vous signalez dans un de vos ateliers que des usagers "s'immobilisent » dans les boutiques sans que rien ne se passe, il ne faut pas déqualifier ces situations. Cette fonction de « maintenance », pour un temps qui semble parfois très long, est essentielle. S'il faut veiller à ce que cette période ne se chronicise pas, il est fondamental de permettre à ces personnes de se poser et leur offrir un moment d'apaisement dans une vie chaotique. Le sujet ne peut pas, par nature être réglé définitivement mais il importe de se donner régulièrement le temps de la réflexion.

Enfin, je voudrais évoquer le sujet des **savoir-faire développés dans** les structures de « réduction des risques » en parlant des « métiers » au sens noble du mot (« avoir du métier »). L'analyse de ces savoir-faire devrait pouvoir aboutir à la construction de référentiels. Ceci permettrait de formaliser et d'asseoir la fonction de réduction des risques et surtout, de construire les besoins en formation qui rendraient possible leur diffusion à d'autres structures non spécifiquement dédiées à la « réduction des risques » (hébergement, boutiques solidarité, CSST ... ). C'est de cette manière, entre autres, que pourra être évitée l'usure qui fait l'objet d'un de vos ateliers.

L'enjeu des « boutiques de demain » consisterait donc en une **triple extension**. Elle fonderait aussi la « réduction des risques de demain ».

Nous venons de le voir:

- extension à d'autres professionnels et à d'autres structures qui sera, entre autres,
- la condition d'une extension géographique, car la « réduction des risques » doit encore s'étendre sur le territoire ;
- extension du concept, enfin, car si tant est qu'il existe, il doit maintenant aller au-delà du produit « héroïne » et de son usage intraveineux qui a constitué son point de départ initial, pour se développer à d'autres substances, à d'autres modes de consommation et donc à d'autres publics.

Dans le cadre de cette extension, la MILDT travaille actuellement avec les associations sur la « réduction des risques » en milieu festif, et particulièrement les « raves parties ».

Il faut surtout saluer l'initiative de la Division Sida de la Direction Générale de la Santé pour avoir impulsé cette démarche ainsi que la vigueur de la réflexion préalable et féliciter les organisateurs pour l'investissement dans la préparation de ces journées.

## **Dr LABROSSE-SOLIER – Division Sida - DGS**

Je suis particulièrement heureuse d'être parmi vous aujourd'hui dans cette belle ville de Marseille ceci pour 2 raisons :

- à titre personnel : j'ai toujours un grand plaisir à revenir à Marseille
- à titre professionnel : comme me le faisait remarquer Bruno Tanche qui connaît mieux que moi l'histoire des structures de réduction des risques, cette journée qui constitue la clôture des journées interrégionales 2000 a été organisée par ceux qui avaient permis la première rencontre nationale de février 1995.

Pourquoi la division SIDA a-t-elle souhaité organiser de telles journées , 5 ans après la mise en place du dispositif propre à la réduction des risques ?

1. Si la politique de réduction des risques a fait ses preuves comme en témoignent notamment :
  - La réduction des contaminations par le VIH, même si des progrès demeurent nécessaires pour diminuer les transmissions du VIH par voie sexuelle et les contaminations par le VHC.
  - L'amélioration des réponses aux besoins des usagers qui sont diversifiées. ( accessibilité au matériel d'injection, PES et « boutiques »).Le dispositif mis en place, permet par sa souplesse de s'adapter aux évolutions des pratiques des usagers et notamment aux nouveaux modes de consommation.
  - La modification de l'image des usagers de drogues, chez les professionnels du champ de la toxicomanie où cette politique a induit des modifications de pratiques. Certains témoignages que j'ai entendus lors de la deuxième journée organisée en Ile de France, de la part d'intervenants de ce champ, me confirment dans cette idée : l'existence même de structures de premier recours, l'accueil réservé aux toxicomanes venant dans les boutiques, sans demande précise, mais pour se poser, discuter, exprimer leurs difficultés, bénéficier d'un premier soin, ont contribué à modifier les demandes adressées au dispositif de prise en charge des toxicomanes et fait évoluer également les réponses de ces centres.
  - Cette modification de l'image des usagers de drogues, qui reste à améliorer dans le grand public, a également permis une meilleure prise en compte de la politique de réduction des risques par les élus locaux et à leur implication dans son développement.
  - La MILDT qui a jugé bon de soutenir son développement dans le cadre de son plan triennal 1999-2001. La MILDT contribue directement à son renforcement en participant aux financements de nouvelles structures, boutiques, PES, distributeurs échangeurs.

2. Toutefois, cette politique reste fragile et des questions se posent aujourd'hui, qui nécessitent de faire un bilan pour mettre en évidence ses forces, ses acquis et les points qui restent à améliorer. C'est l'objet des 4 journées interrégionales qui se sont déroulées cette année, préparées sur la base d'un cahier des charges national, qui posait trois questions :
  - Quelles sont les pratiques actuelles dans les boutiques et les PES ?
  - Le dispositif a été initialement conçu de façon très souple pour qu'il puisse s'adapter en permanence aux besoins des usagers. Quels sont actuellement ces besoins ? La souplesse initialement prévue est-elle suffisante ? Cette souplesse est-elle une force ou une faiblesse du dispositif actuellement ?
  - Quelle est la place et le rôle des boutiques au sein du dispositif de droit commun de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes ?

Ces questions, je les ai retrouvées dans votre programme avec d'autres mots, mais les problématiques sont bien les mêmes.

Je voudrais revenir quelques instants sur l'organisation de cette journée telle que vous l'avez préparée pour ce que nous appelons dans notre jargon d'administration centrale : l'inter-région du Grand Sud.

Quand nous avons conçu l'organisation de ces journées, il nous est apparu indispensable que ces rencontres puissent d'abord être l'occasion pour les boutiques de réfléchir entre elles sur leurs pratiques aujourd'hui, en permettant à tous les personnels de ces structures de s'exprimer au travers d'ateliers. C'est ainsi que nous avons proposé de découper notre territoire en 4 grandes inter-régions pour faciliter le dialogue et l'échange de pratiques. En même temps, il nous a semblé important qu'à l'issue d'une première journée, les boutiques puissent rencontrer leurs partenaires du réseau spécialisé ou non dans la prise en charge et le soin des toxicomanes.

Il s'est assez rapidement avéré que cette organisation ne pouvait être strictement respectée dans sa forme, dans deux régions : dans le Grand Ouest où le nombre de boutiques est très réduit et où la première journée a été l'occasion d'un échange sur les pratiques également ouverte aux intervenants des PES.

Dans votre inter-région, à l'inverse, le plus grand nombre de boutiques existantes d'une part, et l'éloignement géographique, d'autre part, vous ont fait privilégier un travail un peu différent : à partir d'un comité de pilotage où étaient représentées à la fois les différentes régions et les différents « programmes de réduction des risques », que ce soient des boutiques, ou des PES fixes ou mobiles, ainsi que des associations d'autosupport en tant que telles, ont été travaillés les axes de réflexion et formulées les différentes questions qui seront traitées dans les ateliers d'aujourd'hui. Marie Jauffret et K. Coin ont suivi de près vos travaux préparatoires, Marie y a même participé dans le cadre du travail qu'elle mené à la Division SIDA sur ces journées. A la lumière du programme qui nous est proposé aujourd'hui j'ai l'impression que notre démarche a été bien comprise. Il faut effectivement, à mon sens, être à l'écoute des propositions et permettre une souplesse d'organisation créatrice d'idées et de dialogue. C'est le rôle de l'administration centrale de soutenir et reprendre les initiatives du terrain, vous savez bien que les textes réglementaires découlent toujours d'une pratique et non l'inverse.

Avant de terminer mon propos je voulais vous dire ce que nous espérons et attendons à l'issue de ces journées inter-régionales et comment nous envisageons de travailler par la suite.

Dans chacune des inter-régions des recommandations sont formulées et remontent à la division SIDA, ce travail est coordonné par Marie Jauffret, il est en effet plus facile pour prendre en compte toutes les propositions, et mettre en évidence des problématiques qui peuvent se poser de façon différente en fonctions de situations locales, que la même personne participe à ce travail de synthèse dans les 4 inter-régions.

A partir des principales questions posées et des recommandations formulées une journée de restitution nationale et de conclusions sera organisée à l'automne à Paris, préparée par le comité de pilotage national auquel vous avez participé. Nous souhaitons pouvoir formuler plus précisément les missions de chacune des structures de réduction des risques, boutiques, PES fixes, mobiles, et aboutir à un cahier des charges de chacune de ces structures .

Dans un deuxième temps, il nous semble indispensable de travailler plus finement sur les pratiques des différents intervenants dans les structures de réduction des risques : quel est le rôle de chacun, quelles sont les compétences, quels sont les savoir-faire acquis, et éventuellement les manques ou les besoins de formation. Des possibilités sont actuellement ouvertes également pour faire reconnaître l'apport spécifique à cette politique des usagers de drogues ou des ex-usagers quand ils travaillent dans ces structures, à travers une circulaire de la DIV sur les adultes relais de santé. Il y a là une opportunité que nous devons saisir.

Je vous remercie de nous accueillir pour cette journée de réflexion et de partage d'expériences, je suis sûre qu'elle sera fructueuse et je serai attentive à vos propositions. Merci tout particulièrement à l'AMPT et Bruno Tanche ainsi qu'à la DDASS des Bouches du Rhône qui se sont beaucoup impliqués dans l'organisation de cette journée.

**Dr Marie Anne SANQUER – DDASS 13 - Marseille**

Au nom du Préfet Délégué à la Politique de la Ville, qui a eu un empêchement de dernière minute, du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône, je vous souhaite la bienvenue pour cette « Journée Boutiques ».

Vous avez été nombreux à répondre à l'invitation de la Direction Générale de la Santé, de la Mission Interministérielle pour la Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie et du Comité de Pilotage organisateurs de cette journée, et ce bien au-delà de nos projections puisque vous êtes environ 200. Ce nombre traduit l'intérêt que vous portez au concept de « Boutique » dans la Politique de réduction des risques, et à son évolution. Ce grand nombre inattendu de participants peut paraître un handicap dans l'organisation matérielle de la journée, mais traduit surtout la diversité dans vos pratiques professionnelles, diversité que nous avons voulu reconnaître, par une invitation formulée vers le plus grand nombre.

En effet, nous avons le plaisir de constater que outre les représentants de la Direction Générale de la Santé, Division Sida et de la MILDT, cette journée rassemble en même lieu des représentants de 17 des 19 « boutiques » de la zone Grand Sud, 38 Programmes d'échanges de seringues, 4 Chefs de projets « toxicomanie », 7 représentants des services déconcentrés (DDASS et DRASS), des représentants de Caisses primaires d'Assurance Maladie, de Mutuelles, de Municipalités, de Comité Consultatifs de Prévention de la Délinquance, de Conseils Généraux, de Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit, des CSST, des équipes mobiles Psy VIH, de services pénitentiaires, de CRIPS, d'association de lutte contre le SIDA et les Toxicomanies, de l'INSERM, de CHU et enfin du CNRS. Cette variété de participants nous permet d'espérer une grande richesse dans les débats et une ouverture dans les propositions que vous serez amenés à formuler en fin de journée pour renforcer, sécuriser, voire diversifier le dispositif.

Mais vous n'êtes pas venus pour écouter des discours.

Cette journée est la vôtre, et nous nous félicitons de l'opportunité qui vous est donnée et de l'espace de parole qui vous est offert, et qui vous permettra d'échanger, de faire le point sur vos pratiques, en faire l'analyse critique, et tracer des axes sur l'évolution du dispositif.

Nous attendons beaucoup de vos propositions.

Puisque cette journée est la vôtre, je vais rendre la parole à Bruno TANCHE, Directeur de la « Boutique » TRANSIT, en vous remerciant encore d'être venus si nombreux.



---

---

# **INTRODUCTION GENERALE**

---

---

**Problématique et présentation de la journée**

**Bruno TANCHE - Directeur de l'AMPT**

**Jean-Jacques SANTUCCI - Directeur Adjoint de l'AMPT**

### **Bruno TANCHE-Directeur de l'AMPT - Marseille**

Toute l'équipe de L'AMPT et moi-même sommes particulièrement heureux de vous accueillir à Marseille pour cette journée de préparation du séminaire national consacré aux « boutiques » que se propose d'organiser la Division Sida.

L'objectif de ce temps de réflexion consiste à établir l'état des lieux des questionnements et plus généralement de la réflexion en cours dans diverses structures mettant en oeuvre des actions de réduction des risques et ce à l'échelle d'une inter-région grand sud qui couvre sept régions administratives (Languedoc Roussillon - Rhône Alpes - Auvergne - Midi Pyrénées - Aquitaine -PACA) Ce territoire compte quelques 18 « boutiques », 40 programmes d'échange de seringues, près de 100 CSST ... c'est dire l'ampleur de la tâche qui a été la nôtre.

La commande qui nous a été faite par la division Sida était de réaliser ces Journées avant l'été et d'y associer au-delà des acteurs des seules boutiques, l'ensemble des professionnels et bénévoles, contribuant à la politique de réduction des risques et de soins destinée aux usagers de drogues et personnes dépendantes.

L'ambition du projet et le timing imposés nous ont contraints à une organisation rigoureuse.

Les délais ne permettant pas d'organiser un colloque sur deux journées, nous avons pensé plus raisonnable de nous retrouver sur une seule journée. Nous prévoyions 100 personnes et en fait nous sommes un peu plus de deux cents, mais il nous a semblé préférable au prix de quelques difficultés, d'offrir un espace de parole et de réflexion à l'ensemble des personnels de ces structures qui en ont largement exprimé le besoin.

Nous avons choisi, afin de recenser le plus largement les problèmes rencontrés et l'état de la réflexion, de consulter par écrit la plupart des acteurs du ressort géographique puis de constituer un comité de pilotage ; ce dernier ayant pour tâche d'organiser à partir des thématiques abordées les ateliers que nous vous proposons aujourd'hui.

Certes les différents thèmes que nous avons définis tournent essentiellement autour des questions que posent le travail et les perspectives de travail des boutiques : finalités de ces structures, nécessaires adaptations aux évolutions des publics et des pratiques, conditions de travail etc.

Devant l'ampleur et la complexité de la tâche nous nous excusons par avance auprès des professionnels qui ne se retrouveraient pas dans ces questionnements abordés.

Voilà, j'aimerais préciser encore avant de céder la parole à Jean-Jacques SANTUCCI que vous trouverez dans vos malles, outre le dossier documentaire préparé par l'équipe du Centre de Documentation de l'AMPT, les actes de la journée « dispensaires de vie » de 1995.

Il me semble que la lecture / relecture de ce document qui retrace les débats de la première rencontre qui s'était déjà déroulée à Marseille est très instructive notamment parce qu'elle permet de dater un certain nombre de questionnements et nous permettre de mesurer l'écart avec ce qui aura été produit à l'issue de cette journée.

Bien sûr il aurait été préférable de vous le faire parvenir au préalable. Nous n'en avons malheureusement pas eu le temps.

Pour finir, je voudrais formuler le souhait que cette journée soit fertile et débouche sur des propositions concrètes concernant quelques-unes des questions qui traversent l'ensemble des ateliers et qui concernent des thèmes aussi essentiels que ceux de l'accès aux soins de nos publics et notamment, aux soins de leur toxicodépendance, question dont l'incidence est déterminante pour la présentation du sens de votre travail et celle de sa faisabilité.

Je remercie les représentants des services de l'Etat, la MILDT, la division Sida et DDASS, les membres du Comité de Pilotage ainsi que le secrétariat de l'AMPT.

**Jean-Jacques SANTUCCI - AMPT - Marseille**

Tout d'abord, et à mon tour de vous souhaiter le bonjour et la bienvenue. Je ne serais pas long, seuls quelques mots pour vous faire part de la façon dont nous avons pensé cette journée et son déroulement.

Vous avez noté en lisant le programme qu'il n'y a aucune plénière, même les Pr. DELILE de Saint Emilion et SANTUCCI de Porto Vecchio, s'ils avaient encore été vivants n'auraient pas été invités pour vous parler de l'influence pourtant prometteuse de l'utilisation du rhododendron dans la mise en œuvre de pratiques de réductions des dommages, c'est dire... pas de plénière donc. La quasi totalité de la journée est consacrée à un travail en atelier.

Il nous a semblé que cette formule était plus propice à la rencontre et à l'échange qu'une succession de plénières aussi pleinement intéressantes soient-elles.

La rencontre et l'échange nous ont paru importants car il est important de se rencontrer et d'échanger... ?

Plus sérieusement, bien que l'échange et la rencontre ce soit très sérieux... en plus d'être important... nous avons pensé qu'il était nécessaire que se rencontrent ceux qui quotidiennement mettent en œuvre « la réduction des risques » et ce où qu'ils soient, et qu'ils échangent sur ce qu'ils vivent, pensent, réfléchissent, construisent.

Nous avons pensé que ces échanges pouvaient s'avérer être plein de surprises mais aussi d'enseignements.

Il nous a également semblé important de ne pas se cantonner au champ de la réduction des dommages mais qu'il convenait d'ouvrir à ce qui n'est pas strictement contenu dans sa définition (si tant est qu'elle existe).

C'est pour cela que participent à cette journée d'autres professionnels, qui eux aussi s'occupent des usagers de drogues et des toxicomanes. Ceux-là travaillent en médecine de ville, dans les réseaux, à l'hôpital, dans les structures d'hébergement dans les centres de soins spécialisés, dans la rue...

Nous avons pensé que les expériences des uns et des autres ne pouvaient que se nourrir mutuellement y compris dans l'affirmation des différences.

Le temps est derrière nous où pour exister, Réduction des Risques et « Soins » avaient cru bon de s'exclure (cf. dossier Toxibase dans vos mallettes).

Aujourd'hui l'une ne peut aller sans l'autre et réciproquement.

Comme l'a dit Bruno TANCHE, les thèmes des ateliers ont été choisis à partir des préoccupations des professionnels de la Réduction des Risques. Au-delà de l'échange et du partage dont j'ai déjà dit et redit, l'importance, nous pensons pouvoir, devoir, faire des propositions de travail et d'évolutions.

Il nous appartiendra, dans chacun des ateliers, bien sûr de faire part de nos vécus, de nos expériences, mais aussi de faire des propositions, des recommandations pour que nos pratiques évoluent, comme évoluent les gens qui s'adressent à nous comme évolue de le monde.

Dans chaque atelier, il y a un animateur et un rapporteur. Il ont la tâche pour l'un (l'animateur) de faire en sorte que les choses puissent être dites et entendues, il est en quelque sorte le truchement de la rencontre et de l'échange. (vous savez ces deux choses si importantes)... le rapporteur quant à lui devra noter et synthétiser nos débats et en extraire nos idées, propositions et recommandations.

Dans la mesure où les ateliers accueilleront beaucoup plus de monde qu'initialement prévu (pas de plénières, mais des ateliers pleins), je vous demande de faciliter la tâche des animateurs et rapporteurs.

En fin d'après-midi nous nous retrouverons dans cette salle afin que les rapporteurs méritent enfin la gloire qui retombera sur eux, nous fassent la synthèse et dégagent quelques recommandations de ce qu'ils auront entendu et tels les scribes, fidèlement retranscrit.

Ils auront peu de temps pour se livrer à ce difficile exercice. Ne vous étonnez pas si vous ne retrouvez pas l'intégralité de vos propos.

En tout état de cause, l'ensemble de la journée est enregistrée.

Dès la rentrée nous nous attèlerons à la rédaction des actes qui eux seront exhaustifs. Je vous souhaite une excellente journée de travail, d'échange, de partage... et de bonne humeur.



---

# Atelier n° 1

---

## « Les boutiques : étape ou finalité ? »

*« Les « boutiques » ont été pensées et créées pour entrer en contact avec un public non demandeur de soins, marginalisé ( ? ) et ce, afin de l'amener à se préoccuper de lui, de sa santé (physique et mentale) et de son insertion.*

*Qu'en est-il aujourd'hui, où se posent les questions de sorties des « boutiques », de chronicisation ?*

*Q'en est-il de ces personnes qui passent la journée dans nos structures sans que rien ne semble changer ? Nos institutions leur font-elles faire l'économie d'une demande, d'un engagement vers la sortie du dispositif, (vers la sortie de la toxicomanie !) ?*

*Les « boutiques » favorisent-elles toujours l'accès à d'autres dispositifs (spécialisés ou non), en tout cas que convient-il de faire pour ne pas perdre de vue cet objectif et comment le mettre en œuvre ? »*

**Animateur :**

**Monsieur Jeff FAVATIER – A.S.U.D. - NIMES**

**Rapporteur :**

**Monsieur Michel CASTAGNE – A.R.I.T. - BAYONNE**

*Du fait d'un problème technique, l'enregistrement démarre après le début de l'atelier*

## Matin

---

...

### **Philippe PIERRE - La Trêve - Vauvert**

Je voudrais dire que la pratique éducative c'est déjà le respect de la personne dans son individualité. Il n'y a pas une théorie particulière là derrière, sauf le respect de la personne. Pour le suivi social et le partenariat, cela dépend de la situation et du bon vouloir des autres institutions. A Vauvert, (c'est une petite commune dans le Gard), on a l'avantage d'avoir un secteur social très développé, un travail de partenariat qui est très important et donc, dans le suivi social des personnes, la possibilité de les accompagner jusqu'au bout. En même temps, du fait que c'est une petite commune on a un nombre de passages qui est certainement inférieur aux grandes villes, ce qui nous permet un travail de proximité avec les personnes toxicomanes et en fin de compte, un suivi social qui accompagne plus la personne.

Je voulais aussi rebondir sur ce que le monsieur à droite disait par rapport à la politique. Il est vrai que, dans la réduction des risques, il est difficile de dissocier les discours politiques et la pratique sur le terrain. Comment faire une réduction des risques, quand on condamne encore des personnes qui fument du shit, alors qu'actuellement 1/3 des jeunes reconnaissent consommer des drogues illégales (d'après le rapport de la M.I.L.D.T). Là, on ne sait pas trop sur quel pied danser.

Je voudrais aussi souligner un problème au niveau des traitements de substitution par rapport à la prise de cocaïne ( qui s'injecte aussi ). Est-ce que dans ces cas là la substitution est « une réduction des risques » en sachant que les gens s'injectent la cocaïne ? .

### **Lilette PERRIER - Protox - Marseille.**

Je travaille à PROTOX qui est une « boutique » située à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille. C'est une « boutique » hospitalière avec des « professionnels » différents, venant d'horizons divers. Il est vrai que les gens qui fréquentent la « boutique », et ce parce qu'elle est située dans un hôpital, ont des demandes de soins, pas forcément de soin de la toxicomanie. Ça peut être, de façon très fréquente, un soin généraliste mais ça peut être une demande de soin psychiatrique.

Par rapport au fantasme de l'éducateur qui veut éduquer, il y a aussi le soignant qui veut soigner, et à l'hôpital le soignant qui veut soigner et guérir, ça devient un collaborateur de soin un peu compliqué avec lequel il va falloir travailler beaucoup sur la représentation et sur les objectifs « du soin ». Je crois que le soin en psychiatrie, relève d'une situation locale (mais aussi générale) compliquée. Je crois que c'est lié au fait que les services de psychiatrie ont avec les toxicomanes une « histoire » qui était exclusivement autour du sevrage. Pour les soignants du secteur hospitalier que je connais bien, on est toujours dans des représentations : « on les a sevrés, ils recommencent en sortant , ils sont là pour intoxiquer la totalité des pauvres psychotiques à côté qui ...». Il y a à la fois des questions de prises en charge, et des questions liées au soin psychiatrique, on a une espèce d'amalgame entre une pathologie psychiatrique, si tant est qu'elle ait pu être identifiée et des consommations, donc il est important de pouvoir faire la part des choses. Il me semble que l'hôpital c'est une forteresse, mais la psychiatrie c'est une forteresse encore plus forte que le reste du système hospitalier.

### **Participant**

Est-ce qu'on peut dire que la localisation, l'emplacement, dans un hôpital ou dans un Centre de Soins au premier étage de ceux ci, ça « inclut » des personnes ?

### **Lilette PERRIER**

Ecoutez, je ne peux vous répondre que par rapport à la file active de la structure, dans laquelle l'offre de soins est diversifiée. Il y a un centre de soins, un centre méthadone, et sur la « boutique » on fait aussi une activité de substitution. Donc, au plan de la clarification, c'est pas forcément simple pour les usagers, ni pour les autres professionnels d'ailleurs. Il n'empêche que les personnes qui se présentent spontanément (ou amenées) dans la structure sont de façon très générale très en demande de soins, pas forcément de la toxicomanie, ça peut être un soin somatique. Peut-être qu'on trouve tout à l'hôpital, que c'est plus facile à l'hôpital.

### **Aravni MARANGOZIAN - Intermède, Clémence Isaure - Toulouse**

Moi je voulais en venir à la notion de réseau, c'est une question qui par rapport à toutes les boutiques nous a toujours préoccupés. Je crois que toutes les boutiques sont tout à fait d'accord pour dire qu'il faut ouvrir sur l'extérieur et qu'il ne s'agit pas de garder les usagers à l'intérieur, quoi qu'il arrive. Par contre avec le temps je me rends compte que la notion de réseau, c'est plus une notion d'adresse à des personnes que d'adresse à des institutions. Pour dire l'inverse de ce qu'avait l'air de dire le monsieur d'Auvergne, on a peut-être plus de difficultés, nous à Toulouse à travailler avec des services qu'avec des personnes. Je crois qu'il est important de développer des réseaux à travers des personnalités, c'est-à-dire adresser des personnes à d'autres personnes qui sont spécialisées pour telle question, qui répondent à une demande qu'a pu nous faire un usager à un moment donné de son parcours. Sinon on adresse à la C.P.C.A.M. en règle générale, et la personne qui a été adressée ne sait pas très bien où elle va, nous ne savons pas non plus où elle va. Et puis, il y a une chance sur dix pour que quelque chose se passe.

Alors peut-être qu'on a maintenant autant de travail à faire auprès de nos partenaires potentiels qu'avec les personnes qui s'adressent à nous, les usagers. Et je pense que cette question est encore aujourd'hui tout à fait d'actualité, peut-être même encore plus qu'elle ne l'était il y a 7 ans. Je vous dis 7 ans parce que nous, ça fait 7 ans qu'on est ouvert à Toulouse et on s'aperçoit que dès qu'il y a possibilité d'adresse personnalisée, la responsabilité de l'usager et de celui qui ou celle qui le reçoit est engagée. Alors ou ça se passe ou ça ne se passe pas. Mais il y a quelque chose qui se construit, enfin on a cette impression.

### **Jean-Jacques SANTUCCI – AMPT - Marseille**

Comment fais-tu ? J'explique un tout petit peu pourquoi cette question, parce que l'expérience qui est la mienne à Marseille au Centre d'Accueil de l'A.M.P.T. et à Transit, c'est que c'est quand même pas très facile. L'idée de cet atelier, c'est en même temps, ce qui doit être mis en œuvre dans les structures d'accueil à bas seuil d'exigence pour que les gens n'y stagnent pas mais aussi ce qui doit être mis en œuvre dehors pour que les gens y soient accueillis. Donc, ce que j'aimerais savoir, c'est comment tu fais, comment vous vous y êtes pris à Intermède, est-ce que c'est un travail d'équipe ? Est-ce que c'est parce que tu as un super carnet d'adresses ? Est-ce que c'est parce que, (peut-être plus intéressant) tu as préparé les gens que tu orientes à être accueillis ou être en mesure d'être accueillis ? Parce que des fois on oriente les gens et ils se débrouillent pour ne pas être accueillis. Ils y a les accueillis, les orientateurs et les accueillants, alors comment tu t'y prends ? Est-ce que tu as deux, trois exemples d'orientations ? Comment ça marche ? C'est ça qui est intéressant.

### **Aravni MARANGOZIAN**

Ce que je pense, c'est qu'actuellement, c'est encore très empirique et que c'est un peu de tout ce que tu as dit, un peu du carnet d'adresses, un petit peu des relations que l'on peut avoir avec les services et ça je pense que c'est particulier à chaque lieu, à chaque implantation. A Toulouse, ça ne se passe certainement pas de la même façon qu'à Marseille. Ensuite, il y a la préparation aussi, c'est-à-dire de la façon dont on a travaillé à l'intérieur de notre « boutique ». Moi, je n'aime pas du tout ce terme là, j'ai toujours été très mal avec ce mot, à Intermède en tout cas... (*des voix dans la salle empêchent d'entendre la suite*).

### **Question**

Est-ce que ça passe pas d'emblée dans des fonctionnements un peu précaires, le carnet d'adresses ... ?

### **Aravni MARANGOZIAN**

Bien sûr, bien sûr. Par contre ce qu'on essaie de faire à Intermède c'est à formaliser ça beaucoup plus, c'est-à-dire officiellement ... Dominique veut prendre la parole, elle va le faire parce qu'elle a un exemple qui vient de se passer, ça c'est intéressant, commencer à essayer de formaliser réellement les échanges, mais pas les échanges d'institutions à institutions, de personnes d'une institution à personne d'une autre institution.

### **Dominique LACROUX – Intermède, Clémence Isaure - Toulouse**

Je suis Dominique et je travaille sur Intermède. On parlait des difficultés avec la psychiatrie, et nous on a exactement le même problème que vous, des gens qui sont « borderline ». On ne sait pas comment faire. Moi j'ai essayé de voir, je suis allée faire un stage au service d'urgences psychiatriques de Toulouse. Ça a demandé pas mal de temps déjà pour que je puisse pénétrer à l'intérieur de l'hôpital et surtout dans un service d'urgence. Donc j'y ai passé quelques temps à intervalles réguliers.

Ça n'a pas été facile au début parce que j'étais vécue comme quelqu'un « spécialisé en toxicomanie » qui arrivait etc. Petit à petit les liens se sont faits. A la fin de ce stage on a eu des échanges très importants avec le personnel et depuis, quand on a un problème de ce genre là, on appelle le service le S.A.U. et on dit « *bonjour, c'est Intermède, je vous envoie telle personne* », et de fait les choses se sont faites. Je crois que nous aussi on a intérêt à aller à l'intérieur des institutions.

#### **Eric SAKOYAN - Centre Logos - Nîmes**

Eric Sakoyan, je suis infirmier au Centre Logos à Nîmes et je reviens sur ce que disait l'infirmière, je crois que vous êtes infirmière aussi à Intermède, on s'était rencontré. Effectivement, je crois qu'il ne faut pas hésiter d'une part à aller dans les institutions, rencontrer les gens. Et je crois qu'avec la notion d'orientation, il est intéressant de développer la notion d'accompagnement. Il est plus facile de rencontrer les gens avec une personne qu'on accompagne (pour elle et pour nous-mêmes) et de créer là déjà, un lien qui peut permettre par la suite de faire d'autres démarches. C'est tout un travail de partenariat à la base mais après c'est à nous en tant qu'acteur de développer ce partenariat. C'est sur ce point que nous travaillons sur Nîmes pour essayer de développer quelque chose d'intéressant.

Au niveau de l'accueil, on parle de fonction éducative. Moi je voudrais parler de la fonction d'accueil, parce que personne n'en parle et c'est ce qu'on fait tous. Je crois que cette fonction d'accueil n'est pas théorisée, il nous manque beaucoup de théorisation concernant cette fonction d'accueil. Ça, c'est un point que je relève personnellement. Certains de mes confrères seront de mon avis. Il n'y a pas une fonction éducative, il y a des fonctions éducatives parce que il y a l'éducation, le travail éducatif que peuvent faire les éducateurs n'est pas obligatoirement normalisant. Il y a également la fonction éducative des infirmiers parce qu'il y a beaucoup d'infirmiers qui travaillent dans les « boutiques », on n'en parle pas beaucoup. Nous avons une spécificité qui est l'accès aux soins, mais je dis toujours que notre base de travail c'est d'abord le lien. La fonction d'écoute est une fonction soignante, les entretiens également ça fait partie du travail soignant. A la base il y a le lien, à partir du lien il y a quelque chose qui se met en place ou non, donc il me semble que ça c'est à prendre en compte. D'autre part, au niveau du soin, s'il y a des infirmiers dans des équipes d'éducateurs dans le travail de la réduction des risques, dans les « boutiques », c'est parce que quelque part on veut qu'il y ait une spécificité du soin. C'est-à-dire que le soin soit présent et qu'il soit fait. Je parle plutôt d'accès aux soins, c'est-à-dire amener les gens vers le soin si ce n'est pas directement fait sur la « boutique » même, mais en fait de faire ce travail d'accompagnement. C'est à nous à le faire, je pense que ça peut être une étape à développer.

On parlait d'étape ou finalité, la « boutique » ce n'est pas une finalité. Il y a encore une étape à franchir c'est celle de l'accompagnement. Enfin pour terminer mon petit speech, c'est vrai que le public qui nous rencontrons dans la « boutique » n'est plus obligatoirement un public toxicomane, effectivement on retrouve d'autres personnes qui parcourent un peu tout ce dispositif des C.M.P., des Centres d'Accueil, qui tournent un peu. Nous on fait partie de ce dispositif, donc les gens passent par là et il faut arriver à travailler avec eux. Ça peut être également une étape à développer et je pense que prochainement nous nous dirigerons vers une prise en charge des addictions, c'est-à-dire pas uniquement de la toxicomanie mais également de l'alcoolisme et d'autres choses, je crois qu'on tend vers ça. Je crois qu'il faut s'y préparer parce que ça sera assez difficile.

#### **Loli BERNA LEROY – Conseil Général - Circonscription du Centre - Toulouse**

Bonjour, Loli Berna Leroy, assistante sociale. Je pensais être un peu la seule ici.

J'ai le sentiment, et je suis désolée si parfois je vais être agressive, que vous avez la primauté des toxicomanes, or en service social, en accueil, en accompagnement social, nous en suivons beaucoup, car il y a des isolés mais également des familles avec enfants (une de nos priorités est la protection maternelle infantile), il ne faut pas l'oublier. Par contre, autant vous (services spécialisés) que nous (services sociaux) avons ce besoin de se rencontrer et de se connaître, physiquement afin que cette personne ne soit pas laissée dans la nature et que de par les compétences, les complémentarités des uns et des autres, nous puissions faire un travail en commun. Je crois que c'est quand même primordial de nous solliciter (nous les assistantes sociales ou assistants sociaux car il y a des garçons aujourd'hui) pour que nous puissions aussi travailler avec vous et vice-versa. On ne peut pas avoir, nous service social, je vais parler pour moi en tous les cas, une situation de toxicomane toute seule à gérer. Ce n'est pas possible, je n'ai pas les compétences, je n'ai pas les moyens, j'ai les moyens sociaux pour faire, agir, mais vous avez d'autres compétences.

### **Participant**

... (*passage inaudible*) Je crois que c'est difficile de travailler avec les services sociaux, assistantes sociales de secteurs. Je le dis tout franchement, je crois que c'est aussi lié aux représentations qu'ont les uns et les autres, que ce soit l'usager ou le travailleur social.

Ça va dans les deux sens, on s'aperçoit qu'il est difficile d'intervenir, simplement de préciser quel est ce concept de réduction des risques, ce travail qu'on fait auprès de ces travailleurs sociaux, les portes sont complètement fermées. Ce que j'aimerais savoir, c'est par quelle piste on pourrait améliorer ça et si on peut revenir aussi sur la notion de fonction d'accueil pour essayer d'en extraire une définition. Je pense, que cette fonction d'accueil doit permettre avant tout une pause avec l'univers de la rue, avec ce qui se passe dans la rue. Ça me semble essentiel, la convivialité aussi, je pense que ça va de pair ainsi que l'écoute des personnes. Après, par rapport à l'émergence d'une demande, par rapport à une finalité qui n'est pas forcément le soin, c'est quelque chose que les gens déduisent tous seuls, ça peut être un projet de vie, des choses tout à fait diverses et variées. Néanmoins, se pose la question ( puisque souvent ça nous fait sortir de notre cadre ), de notre tâche au quotidien et ça nous renvoie à la question de : « comment accompagner ces demandes et comment les traiter ? ».

Et est-ce que déjà sur la fonction d'accueil on est d'accord sur ces grandes lignes, sur ces principes d'écoute, de respect de l'individu, de pause par rapport à l'univers de la rue, dans un cadre convivial ? Est-ce qu'on est à peu près tous d'accord sur cette définition de la fonction d'accueil ? Ou est-ce qu'on peut l'étoffer par votre réflexion et votre pratique ?

### **Participant - Entractes - Nice**

Par rapport à ce qu'on peut appeler l'accueil, moi je pense qu'il est fait avec des personnes qui viennent nous voir. Si elle viennent nous voir, c'est qu'elles y trouvent quelque chose de bénéfique pour eux. Je pense qu'elles ne viendraient qu'une seule fois autrement. Si elles ne revenaient pas chez nous, on pourrait se poser des questions. Mais c'est vrai qu'on a des personnes (la « boutique » est ouverte depuis deux ans) qui y sont depuis le début, qui viennent par intermittence ou qui viennent régulièrement. On en a d'autres qui viennent quelques temps et puis qui s'en vont. Moi je pense que l'accueil c'est pas le privilège des éducateurs ou des assistantes sociales ou des infirmières, dans la « boutique » à Nice en tout cas. A Nice le fonctionnement qu'on a, permet et demande à tout le personnel de faire de l'accueil, de faire de l'écoute et puis de s'occuper un petit peu du linge, des douches, des soins, pas des soins particuliers, les petits bobos et tout ça, c'est l'infirmière qui s'en occupe parce que elle est plus et mieux formée que les éducateurs et les assistantes sociales qui y travaillent. Le médecin fait aussi de l'accueil, il intervient trois demi-journées par semaine et nos partenaires font aussi de l'accueil. Comme je disais tout à l'heure, on a des partenaires qui viennent une demi-journée par semaine. Ces partenaires là, nous donnent aussi la possibilité de pouvoir faire des orientations beaucoup plus faciles, beaucoup plus rapidement et en mettant un visage sur un service. Donc interviennent chez nous différents partenaires de différentes structures, et c'est vrai que leur présence... (*quelqu'un demande qui sont ces partenaires*). On a SOS Drogue International qui intervient, on a le Comité de Probation, enfin le SPIP. J'ai quelques partenaires qui sont là, donc ils vont peut-être prendre la parole pour expliquer un petit peu comment eux interviennent. On a l'Intersecteur, on a Médecins du Monde, d'autres services de ACT qui interviennent. Donc toute la semaine, on a une personne différente l'après-midi, qui intervient, qui fait de l'accueil, qui fait de l'écoute.

Juste pour revenir un petit peu parce que ça me tient à cœur, sur la fonction éducative. Moi, je n'arriverais pas à la définir, et je pense qu'on est pas là pour définir la fonction éducative. Je pense qu'on est là pour partager, pour échanger nos différentes pratiques sans devoir se dire, nous on est meilleurs, nous on est moins bon. On en est pas là aujourd'hui, j'espère que on est là pour faire avancer le « shmiliblic », mais c'est vrai que ce réseau de partenariat direct et régulier, moi je pense qu'il fait avancer le « shmiliblic ». Quant à dire, que faire le travail à la place des gens, au lieu de le leur faire faire à eux, ou que eux les prennent en charge, je crois que tous les éducateurs l'on compris ou alors s'ils n'ont pas compris, je crois qu'ils se sont trompés de métier. On est pas là pour faire les choses à la place des gens, on est là à la limite pour travailler à notre propre disparition.

### **Participant**

Oui, c'est la remarque de notre assistante sociale toulousaine que j'entends et que je comprends tout à fait. Mais ça suscite une réflexion chez moi, elle a dit « *je ne peux pas être toute seule à m'occuper d'un toxicomane* ». Moi j'aimerais qu'on fasse attention, je suis la première à dire que je dois faire attention à la façon dont je parle qui n'est pas du tout un reproche pour vous. On s'occupe de personnes qui ont par ailleurs des problèmes d'addiction et en tant que personnes elles ont complètement le droit d'accéder au système de droit commun au même titre tout le monde, on est bien d'accord avec ça. C'est dans ce sens là que vous le dites.

Moi ma question, est-ce que nous, notre travail c'est de faire les choses à la place du dispositif de droit commun ou est-ce que c'est à la fois aux deux dispositifs à travailler dans ce sens et aussi d'aider les clients, moi je dis client, je ne dis pas usager parce que c'est un peu usager du bus, les usagers de l'hôpital donc on dit client. Est-ce que ce n'est pas aussi notre travail d'aider les clients à les aider à intégrer ce dispositif de droit commun, y compris à partir d'une boutique.

**Participant - Nîmes**

Là, je voudrais justement intervenir sur le travail de partenariat que nous avons mis en place, donc sur l'accueil, je suis tout à fait d'accord, le partage et le dialogue c'est essentiel. Et afin de réaliser un bon travail en partenariat, c'est vrai que j'ai rencontré tous les partenaires avant d'envoyer qui que ce soit. Nous sommes ouvert depuis trois ans, la première chose que j'ai faite avant d'envoyer qui que ce soit, c'est de rencontrer les personnes, les différents acteurs, les différents intervenants des différentes structures et là en complément parce que je pense que des fois les personnes toxicomanes peuvent être imprévisibles, ne pas se présenter à des rendez-vous alors qu'on leur a débloqué un rendez-vous ou des colères face à l'assistante sociale ou autre chose. Là on est en train de mettre en place des mini formations, des informations, avec différents acteurs sociaux. Que ce soit les médiateurs de rue, la police et aussi avec quelques personnes de la DDASS., tous les intervenants qui sont d'accord de suivre ces informations. Et on le fait d'ailleurs pour certains en partenariat avec A.S.U.D. Nîmes.

**Loli BERNARD LEROY**

Quand je disais tout à l'heure « *je ne peux pas être seule à m'occuper des toxicomanes* », je veux dire heureusement pour nous, il y a suffisamment de services, de partenaires compétents dont on a besoin pour travailler en complémentarité. Je pense à une situation sur laquelle j'ai beaucoup travaillé et heureusement qu'ils étaient là. Je travaille pour le Conseil Général et nous recevons un couple qui vient de Lille. Ils connaissaient très bien le réseau/toxicomanie sur Toulouse, ils avaient un gros problème de logement et la dame était enceinte. On a travaillé avec Clémence Isaure car il fallait envisager une prise en charge globale, on ne peut pas « saucissonner » les gens. Il fallait se préoccuper d'une éventuelle naissance prématurée et de l'accès aux droits et ne pas oublier les soins de la toxicomanie.

Il est important que l'on puisse rencontrer même physiquement les partenaires avec qui nous travaillons, que l'on puisse se dire à un moment donné : stop « tu n'es pas le plus gentil, je ne suis pas le plus méchant », car c'est aussi le discours de ces personnes là parfois, se poser à un moment donné et faire en sorte que les deux services travaillent en complémentarité. Ce qui est rapporté à l'un est dit à l'autre dans le but d'avancer parce que quelque part c'est l'intérêt de l'utilisateur, du client, de la personne. C'est ça qu'il faut mettre en avant, c'est pour ça que j'ai dit tout à l'heure, je ne suis pas seule, parce que je ne pourrais pas travailler seule. Je n'ai pas toute la connaissance de tout le problème, mon travail d'assistante sociale c'est de me préoccuper de tout l'accès au droit commun par rapport à l'enfant, sa protection et de travailler en étroite collaboration avec un service qui connaît mieux ces personnes là, qui ont un problème de toxicomanie. Et puis au départ, une demande de soins n'est pas toujours réelle, on va d'abord traiter le problème de logement et tout ce qui est annexe avant d'accéder à une demande de soins réelle, parce que parfois ils ne sont pas prêts. Mais c'est du soin aussi quelque part parce que quand on a pas de logement on a rien.

**Jeff FAVATIER – A.S.U.D. - Nîmes**

Un des buts de cette Journée, c'est d'essayer de formaliser un certain nombre de recommandations pour permettre de mieux mettre en œuvre ces collaborations. En fin d'après-midi, il y aura la rédaction de ces actes et si vous avez des pistes pour faciliter ce travail de prise en charge globale, de prise en compte globale des difficultés entre des services qui sont parfois très sectorisés. C'est vrai qu'on s'y perd un peu, ce n'est pas toujours évident, est-ce que ça doit passer par des échanges de savoirs, des stages chez les uns, chez les autres, est-ce que ça doit passer par le biais d'un réseau, d'un carnet d'adresses ?... Je crois, qu'il est nécessaire pour nous d'essayer de formuler un certain nombre de choses à la fin de cette réflexion.

**Jean-Jacques SANTUCCI**

J'ai une réaction par rapport à ce que vient de dire la collègue assistante sociale de Haute Garonne sur les nécessités de partenariat, de collaboration. Il me semble qu'à une époque les gens qui prenaient des drogues évoluaient dans un vide quasi sidéral de structures. Aujourd'hui les structures se sont multipliées et il y a bien évidemment à travailler ensemble, à ce qu'on fait, à essayer de faire en sorte que les choses qu'on fait soient cohérentes avec ce que font les autres.

Le mot « liberté », c'est pas le bon mot mais enfin je vais le dire car je ne vais pas passer deux heures à chercher le bon, par rapport à ces nécessités, ces volontés de travailler tous ensemble autour des gens. Je me dis qu'il ne faudrait pas non plus que les gens fassent l'objet de tellement de « trucs » de partenariat, qu'ils ne puissent plus évoluer « en liberté ». On est à l'A.M.P.T., dans cette réflexion là. On voit des gens qui sont connus de beaucoup de structures.

Ils émergent sur la quasi totalité des structures marseillaises, et on a l'impression qu'ils sont enfermés. Alors, avant ils étaient peut être enfermés dans l'usage de drogue, aujourd'hui ils sont enfermés encore dans l'usage de drogue, et en plus dans les structures.

On se demande comment faire en sorte pour qu'ils sortent de ce circuit là. Je pense qu'on a à trouver les modes de collaboration, à trouver des cohérences entre les projets, je dis qu'il faut être aussi attentif à la façon dont on communique, et dont on se dit que l'on travaille pour le bien de la personne.

### **Participant**

Il faut faire attention à ce que nous on veut et à ce que veulent les usagers des « boutiques ». Le souhait des travailleurs sociaux, c'est que tous les problèmes soient réglés, mais est-ce que eux en ont vraiment envie, besoin ? Je n'en sais rien.

### **Participant**

Je voulais reprendre ce que tu as dit tout à l'heure en disant que si les personnes se déplacent dans nos lieux c'est qu'ils y trouvent quelque chose et je crois que c'est important. Il faut aussi s'interroger sur nos propres demandes ou exigences, et là je crois qu'il faut être tout à fait prudents. Est-ce qu'il est bien nécessaire que les gens sortent de ce dispositif ? Est-ce que l'on considère qu'après deux, trois ans la personne n'a plus sa place là ?

### **Participant**

Juste trente secondes pour rappeler que nous on est et on veut rester dans le non jugement des personnes mais ce qu'on sait pertinemment c'est que les gens qui viennent à la « boutique » nous déposent quelques bagages, des fois. Quelques soit les mots/maux qu'ils peuvent avoir, ils vont en déposer ailleurs, dans d'autres structures. Et ils n'ont pas forcément envie que les structures se mettent en rapport, ils ont peut être pas envie que ça se sache. Moi quand je parle de partenariat, c'est vraiment un partenariat entre la « boutique » et nos partenaires mais c'est de la mise en relation, de la mise en lien avec les autres structures. Ça n'est pas monter les dossiers, pister les gens et puis faire des synthèses. On se refuse à faire des synthèses, on se refuse à voir tous nos partenaires, tous ensemble, tous réunis, pour parler d'une personne. C'est pas ça le partenariat, le partenariat c'est permettre à la personne de pouvoir rencontrer des gens qu'elle souhaiterait rencontrer.

### **Anne-Cécile RAHIS – CEID - Bordeaux**

Bonjour, je suis Anne-Cécile RAHIS, je suis infirmière au C.E.I.D. à Bordeaux dans une « boutique », et depuis tout à l'heure j'entends parler d'éducateurs, d'infirmières... et moi ce dont je me suis rendue compte, c'est qu'à l'accueil à l'U.A.T (la « boutique »), j'ai certains outils, l'assistante sociale en a d'autres, l'éducateur en a d'autres mais somme toute on fait approximativement la même chose. D'abord on accueille, on met une relation en place. J'étais moyennement d'accord avec ce que vous disiez de la rupture avec la rue, faire un temps de pause dans la « boutique », puisque il y a une dynamique qui est indépendante de notre dynamique à nous. C'est-à-dire que les usagers créent leur propre dynamique à l'intérieur de la « boutique », vont accueillir d'autres usagers. Enfin, il y a vraiment quelque chose qui est interactif avec la rue. Je ne sais pas si vraiment ça n'est qu'une pause.

### **Jeff FAVATIER**

C'était l'idée de pouvoir « zapper » ce climat de violence, d'agression, de tension. Il est clair que le lien sera toujours évident. De toute façon, les gens ressortent à 18H00 à 19H00. Mais je crois, qu'il est important quand même, de permettre un « break », effectivement, dans un endroit un peu sécurisant par rapport à cet univers de la rue. Après, ça peut prendre des formes différentes selon les endroits. Je crois que si les usagers s'emparent un petit peu de ces lieux, c'est quelque chose de bien. Maintenant, c'est mon point de vue, je pense ça en tant qu' « Auto Support ».

Ça ne me semble pas forcément évident non plus pour les usagers de s'intégrer dans une dynamique d'appropriation du lieu, surtout dans les « boutiques » ou des cadres (un petit peu) médicaux où il n'est pas forcément facile de s'exprimer.

**Anne-Cecile RAHIS**

Quand on parle de réduction des risques, on parle donc beaucoup de santé, donc du médical, de la blouse blanche, donc de l'infirmière, du médecin qui va être dans ces « boutiques ». Maintenant, je ne suis pas persuadée que se soit si médicalisé que ça. Moi je n'ai pas de blouse franchement, sauf quand je vais faire un soin dans mon bureau avec le patient, pour des raisons d'hygiène.

Et quand les gens arrivent à la « boutique », ils ne savent pas forcément que cette personne c'est une infirmière et que celle-là c'est un éducateur, etc. Il est vrai qu'on peut leur proposer certaines choses, maintenant, je crois que c'est vraiment eux qui malgré tout nous orientent. Nous, on a créé un atelier, on ne pensait pas créer un atelier dans une « boutique » ( étape ou de finalité ?). On a créé un atelier/journal à l'intérieur de la « boutique » (mes collègues en parleront mieux que moi, car c'est eux qui l'animent). Il est vrai qu'il y a une autre dynamique qui s'est créée dans un autre lieu, à l'étage. Tous les vendredis, les gens viennent pour écrire, pour justement poser des choses dans un journal. C'est eux qui ont investi ce lieu, c'est eux qui viennent, c'est eux qui posent des cadres ( parfois aux professionnels ) « *deux minutes, je n'ai pas le temps, je suis au téléphone* » etc. Moi je le vois plus comme une « *mot inaudible* » de la rue dans un cadre rassurant, ça je suis complètement d'accord. On est là essentiellement pour ça, limiter l'accès de la violence à l'intérieur. Il y a vraiment une appropriation, des locaux, des chaises, au niveau de l'espace, les gens aménagent quand ils viennent, s'interpellent et pas forcément sur le mode de la rue.

**Participant**

*Une question inaudible concernant l'atelier.*

**Anne-Cecile RAHIS**

C'est un atelier qui s'est créé en début d'année dernière, on n'avait pas mal de projets, « journal », « esthétique »... On avait des petites idées mais on ne les avait pas vraiment confrontées au public. Donc, on l'a proposé, ça a duré un petit moment avant que ça se mette réellement en place.

Il y a un ordinateur, des patients, il y avait des intervenants, des éducateurs, animateurs mais il s'avère que dans « l'atelier journal » il n'y a pas vraiment d'encadrants, pas vraiment de participants, c'est comme une salle de rédaction, il y en a un qui s'occupe d'écrire des textes, l'autre qui s'occupe de mettre en page sur l'ordinateur. Il n'y a pas vraiment de fonctions bien définies et ils s'organisent tous les vendredis. Ça dure à peu près 2h30, 3h00 des fois quand ça traîne, quand la rédaction est un peu « à la bourre ». Ils sortent un journal avec ce qu'ils veulent, évidemment, avec une censure de l'institution très très modérée, (malgré tout on sait qu'on vit là dedans). A un moment donné, je pense qu'il faut aménager quelque chose aussi. C'est un lieu d'expression, ce journal est distribué par les patients qui vont dans la rue. Ils vont prendre contact dans les marchés, ils vont prendre des photos avec les appareils numériques pour travailler sur ordinateurs.

**Participant**

Est-ce que les personnes qui travaillent sur ce journal sont toujours les mêmes, ou est-ce qu'il y en a qui vont, qui viennent, qui repartent ? Est-ce que c'est un groupe formalisé ?

**Anne Cecile RAHIS**

On a limité le nombre pour que ce soit faisable, et puis on est pas beaucoup de personnel.

Les infirmières, on a vu qu'à un moment donné on avait cinq patients qui étaient fixes.

Ensuite, c'est le bouche à oreille dans la rue. Au niveau des intervenants, tout le monde est sollicité pour écrire des articles, c'est aussi, « j'ai lu le journal. Je voudrais bien faire des commentaires sur le numéro précédent ». C'est interactif .

**Participant**

Ces patients, est-ce qu'ils viennent que le vendredi ou ils sont là toute la semaine ?

**Anne-Cécile RAHIS**

Ils peuvent passer quand ils veulent. Ils viennent des fois le mercredi pour écrire sur l'ordinateur, parce qu'ils en ont besoin. C'est des gens qui faisaient partie de la « boutique ». Je ne sais pas si on peut parler de chronicité, mais c'est des gens qui venaient à un moment donné pour parler et qui ont trouvé dans l'atelier journal quelque chose qui pouvait les satisfaire.

**Participant**

Et le « journal » est fait de A à Z dans ce même lieu ?

**Anne-Cécile RAHIS**

Oui,

**Participant**

Donc après vous le tapez sur ordinateur ?

**Anne-Cécile RAHIS**

On a l'ordinateur en haut, c'est des patients qui tapent.

**Participant**

Et vous le diffuser en...

**Anne-Cécile RAHIS**

Ça c'est encore à définir, c'est des patients qui vont le « lancer » dans la rue, à leurs copains.

**Participant**

Et ils en font plusieurs exemplaires ?

**Anne-Cécile RAHIS**

Oui, oui, on le fait sous forme de photocopie, c'est pas un truc énorme.

**Participant**

Et il y a des photos dedans ?

**Anne-Cécile RAHIS**

On va les insérer. Il y a des éditos...

**Participant**

Vous n'en avez pas sur vous ?

**Anne-Cécile RAHIS**

Non je suis désolée. Mais on pourra peut-être vous en envoyer ?

**Jeff FAVATIER**

Il reste un petit quart d'heure avant la fin de cette matinée...

**Joëlle ANTONUCCI - Foyer du May - Toulouse**

Je suis Joëlle, je travaille dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à Toulouse. On travaille avec Clémence Isaure et le partenariat fait l'objet d'une convention dont Bernard Delpy vous parlera peut-être plus tout à l'heure. Ce partenariat permet de formaliser un certain nombre d'actions qui sont mises en place du côté de Clémence Isaure et du côté du C.H.R.S. avec des rencontres régulières et des bilans réguliers entre le résident et les professionnels de Clémence et du Foyer du May. Jusqu'à présent j'entends beaucoup ces questions d'accès aux soins, de réduction des risques.

Au C.H.R.S. du May, la fonction d'accueil est très importante, permettre à la personne de se poser à un moment donné et effectivement lui montrer qu'il y a quelque chose de possible et que son problème de toxicomanie n'est pas forcément un blocage pour avancer, mettre en place un certain nombre de choses.

L'accompagnement que l'on peut faire au foyer du May, c'est tout ce qui concerne l'insertion sociale, professionnelle, par le logement. Il y a l'accès aux soins aussi parce qu'on a un médecin.

Je voudrais dire simplement quelque chose qui me paraît important, c'est d'essayer de valoriser ces personnes là, de valoriser tout ce qu'elles peuvent mettre en place, ne serait-ce que faire des économies pour avoir leur propre logement, accéder à une formation quelle qu'elle soit... La valorisation de toutes leurs qualités, de toutes leurs compétences, c'est quelque chose qu'on essaie de travailler beaucoup et de repérer le plus possible.

**Participant**

A mon avis c'est un peu difficile. On ne peut pas gérer une situation, on ne peut pas gérer les dossiers, les personnes. Nous ce qu'on cherche à faire c'est vraiment à faire de l'orientation. C'est vrai que nous à Nice, ce qu'on propose c'est gratuit, le lieu est anonyme, on a une petite fiche pour les premiers accueils où ils nous donnent un prénom... ( ce qu'ils veulent quoi ). Voilà ce que l'on sait des personnes et l'on travaille sur du « déclaratif ». On ne prend en considération que le déclaratif. On ne demande pas leur carte de sécu, leur carte d'identité, ils arrivent chez nous, ils reviennent s'ils veulent bien. Au fur et à mesure que les gens prennent une certaine confiance, il y a une certaine complicité qui va se créer avec un membre de l'équipe. Après, s'il y a des demandes qui émanent, tant mieux. On essaye d'orienter en fonction de la demande, mais en aucun cas on essaye de mettre en place un suivi de personnes parce qu'à Nice on fonctionne avec 55 personnes différentes par jour, et que le but du jeu de la « boutique » c'est de l'orientation et de la mise en relation.

**Joëlle ANTONUCCI**

Oui, j'ai bien compris mais l'idée c'est de travailler en partenariat avec des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, c'est pourquoi je suis venue dans l'atelier « les boutiques favorisent-elles d'accès à d'autres dispositifs spécialisés on non ». On fait partie aussi de ces dispositifs là. Les équipes des centres d'hébergement, avant de travailler avec des dispositifs comme Clémence Isaure, à un moment donné, on a besoin d'en savoir un peu plus sur ces histoires de toxicomanie. J'ai rencontré des équipes qui étaient très inquiètes par rapport à ça. Les produits, la rechute... Il y a besoin de cette connaissance, qui permettrait aux éducateurs d'aider ( finalement ) ces personnes.

**Participant**

Je crois qu'aujourd'hui le problème qu'on a nous, c'est effectivement l'image que les structures accueillantes peuvent avoir de la toxicomanie . Je crois que c'est une image qu'il faut peut-être rediscuter avec les centres d'hébergement, avec les centres de soins, rediscuter de ce que c'est la toxicomanie. Parce qu'il y a des personnes, en plus de leurs problèmes quotidiens, qui ont le problème de la toxicomanie. C'est une chose en plus et moi je crois que c'est l'image que ces personnes là ont de la toxicomanie qu'il faut revoir. Je voudrais juste apporter une précision, parce qu'on est beaucoup de Clémence Isaure. Joëlle n'est pas de Clémence Isaure, elle travaille en partenariat avec un service du centre de soins.

Moi, je suis à Intermède, c'est-à-dire dans une « boutique ». Alors, il faut faire attention à l'échange qui vient de se faire. Parce que moi, je retrouve tout à fait quand vous parlez de ne pas centraliser. Il y a la question du patient, il y a la question de l'anonymat, il faut qu'on puisse avoir la capacité de les orienter, il faut qu'on puisse les entendre, même quand on ne sait pas quoi faire de ce qu'ils disent, ça c'est une question à mon avis très importante. C'est aussi « ne pas tout entendre », il faut encore savoir ce qu'on va faire de ce qu'ils nous racontent parce que les paroles ce n'est pas rien. Il y a des choses comme ça....

...

### **Participant**

... numéro de carte de sécu, de carte d'identité ou type de séjour, en travail de rue. C'est à Montpellier et on a rencontré cette équipe en 1997, quand on a commencé nous-mêmes avec l'équipe mobile et on a été assez effaré devant de telles grilles de premier contact. Moi, j'avais demandé si c'était évident pour leur équipe, lors d'une première rencontre, de faire remplir ces espèces de questionnaires qui étaient assez « fliquants ». Je crois qu'il va falloir qu'on fasse un certain nombre de recommandations sur qu'est-ce qu'on fait. Est-ce qu'on prend un prénom, un nom, une adresse, etc. ? Je crois que ça va être un des axes qu'il va falloir formaliser avant la fin de la journée. Il y a autre chose qui m'embête un peu en terme de réduction des risques, c'est qu'on entend beaucoup parler d'accès aux soins médicalisés, etc.

Mais je n'ai pas entendu parler de conseil à l'utilisation des produits. Je sais que ça va en faire hurler certains ici. Où on le met ? Comment on aborde ces questions ? Comment on aborde ces sujets avec des personnes qui ne sont pas du tout dans l'optique d'arrêter et qui mélangent des tas de produits ?

Quelles connaissances les intervenants ont des ces produits ? Je crois que ça aussi c'est une des grosses questions. Des gens peuvent entendre tout et n'importe quoi. Il faut quand même bien le dire dans les structures de première ligne ou même un peu plus spécialisées.

J'étais assez étonné, d'entendre au centre pénitencier de Perpignan, un toxicologue qui disait grosso-modo que la méthadone, au bout de plus de trois mois d'utilisation, c'est un produit très dangereux.

Donc il faut s'en servir trois mois pour passer à l'abstinence... C'est des pratiques comme ça un peu extrêmes qui interpellent et moi j'aimerais savoir aussi comment on se situe par rapport à ces personnes là ? Par rapport à ces demandes là ? D'abord on traite l'abcès etc. Mais comment après on va répondre plus profondément à tout ce qui tourne autour de l'utilisation du produit, qu'il soit détourné, qu'il soit illégal ou autre ( maintenant je crois que le distingue plus personne ne le fait ). On ne considère plus comme drogue ce qui est illicite, on est tous d'accord mais comment les équipes se situent à travers ça ? Est-ce qu'elles renvoient sur un médecin, une infirmière ? Est-ce qu'elles font appel à des gens qui ont eu une connaissance plus personnelle de l'utilisation de ces produits ? Comment on se situe dans cet accompagnement là, qui est bien évidemment un accompagnement dans le non jugement ?

### **Fadila DEHAS - Arc en Ciel - Montpellier**

Bonjour, je suis infirmière à Arc en Ciel à Montpellier, je travaille aussi au Samu Social et je voulais réagir parce qu'on travaille avec un éducateur de rue qui est « officiel et délégué » par la D.D.A.S.S., et pour le contact dans la rue, il ne demande ni la carte de séjour, ni quoi que ce soit. C'est un travail d'approvisionnement. Je voulais un peu le défendre car je ne sais pas quels sont les acteurs qui demandent les cartes de séjour etc... En tout cas ce n'est pas Dominique Fabre qui est éducateur de rue à Montpellier, il ne travaille pas du tout dans ces conditions là.

### **Jeff FAVATIER**

Premièrement, ce n'était pas une attaque, deuxièmement je tairai le nom des intervenants parce que ce n'est pas mon idée de faire une polémique.

### **Alexandre DAMIENS - AIDES - Clermond Ferrand**

Juste une chose pour commencer, jamais je me suis prononcé pour dire qu'il ne fallait pas faire un travail en réseau. Je me suis prononcé, il faut être tout à fait clair là-dessus pour dire il faut distinguer d'un côté la lutte contre la toxicomanie d'un autre côté la question de la réduction des risques en terme de politique et également de mon point de vue en terme de structure. Je ne pense pas que l'on puisse gérer une structure qui mène les deux choses de front, ça me paraît être extrêmement contradictoire.

En revanche j'entends des choses, alors je sais que je suis polémiste parce que, c'est pas vraiment un problème pour moi, je sais que je fais réagir les éducateurs. Je pense que les structures qui luttent contre la toxicomanie se sont investies dans les problématiques de réduction des risques et dans les « boutiques » par clientélisme. Ils vont chercher leurs futurs clients qui un jour seront beaucoup plus gentils et qui un jour viendront se sevrer chez eux. Vous m'excuserez, mais je suis attaché aux mots et les mots que j'ai entendu, c'est, les éducateurs sont actifs dans la demande quand il y a demande de soins. Ils sont passifs quand ils sont dans une « boutique » par rapport à la demande. Je suis un peu surpris de ça, je suis un peu surpris aussi quand on continue à parler de toxicomanie et de toxicomanes alors qu'il me semblait que le politiquement correct avait retiré ce mot là du vocabulaire des personnes qui interviennent auprès des usagers de drogue ou de personnes qui font usage de produit, de diverses sortes. Et je crois que le fait qu'on parle de toxicomanie, voire même de patient, a du sens dans la façon qu'on a d'approcher les personnes. Précisément vous ne vous adressez pas aux personnes quand vous parlez de « toxicomane », vous vous adressez à quelqu'un de malade.

Et moi quand je reçois dans une « boutique » à Clermont Ferrand une personne, c'est une personne et à ce titre là mon objectif premier en terme d'accueil, c'est d'accueillir la personne. Ça n'est absolument pas de l'accompagner quand on dit le but du jeu (c'est un mot que j'ai retenu également), c'est l'accompagnement et l'orientation. Non, le but du jeu c'est d'accueillir, « bonjour », « bienvenue », « est-ce que tu as faim ? » « est-ce que tu as besoin de matériel ? », « est-ce que tu as besoin de parler ? », j'en sais rien « est-ce que tu as besoin de prendre une douche ». C'est ça l'objectif, un lieu où les personnes trouvent quelqu'un qui leur ressemble éventuellement ou quelqu'un qui ne leur ressemble pas, peu importe, mais avec lequel, ils ont une reconnaissance.

En tout cas, on ne fait pas le même métier. J'ai l'impression que vous faites... ( *inaudible* ), moi je suis directeur de Aides Auvergne et Aides Auvergne a une « boutique » qui s'adresse à des personnes qui vivent dans la rue. Ils ne sont pas tous usagers de drogues donc on parle pas de « boutique » d'usagers de drogue, c'est des gens qui vivent dans la rue, des zonards, des punks, etc. des personnes comme ça.

J'ai vraiment l'impression d'entendre parler d'un service social spécialisé aux toxicomanes qui est très spécialisé par rapport à la spécialisation du soin de la toxicomanie et que l'objectif des « boutiques » tout de suite tel que je l'entends formuler, c'est des travailleurs sociaux qui s'organisent au sein d'un espace pour faire leur travail de travailleur social. C'est vraiment pas comme ça qu'on a « approché », vous m'excuserez mais ça n'est vraiment que ce que j'ai entendu, à aucun moment, je n'ai entendu parler de la place de l'usager dans les « boutiques ».

Effectivement, c'est les « boutiques » qui sont censées prendre en charge la politique de réduction des risques. A aucun moment on a parlé de la politique de la réduction des risques. Moi, ça m'interpelle, les personnes qui parlent sont toutes des personnes qui sont travailleurs sociaux ou qui sont dans le secteur du soin et où sont les usagers dans ces « boutiques » et y compris pour prendre en charge les problématiques avec les personnes. Qu'est-ce qui empêche quelqu'un qui est usager de drogue, s'il connaît les circuits à la CAF, d'amener quelqu'un à la CAF pour dire voilà ce qu'il y a à faire pour avoir ton allocation logement, etc. La place de l'usager, ça m'interpelle et cet ensemble de choses me fait dire, que peut-être on ne fait pas le même métier.

#### **Jeff FAVATIER**

On en a terminé pour ce matin, je ne vais pas conclure sur cette intervention, pourtant j'en ai un peu envie. On reprend vers 14h00. Bon appétit à tous.

### **Après-midi**

---

#### **Jeff FAVATIER**

On va tenter de redémarrer, je ne sais pas si tout le monde est arrivé mais on va débiter parce que on va être court dans le temps. L'idéal ça serait de récolter les recommandations ou l'idée de recommandations que vous avez à formuler avant 15h45, avant la pause, comme ça, ça nous permettra de les rédiger pendant cette période de pause, donc on va redémarrer de là où on en était. Je voudrais dire quelque chose par rapport à la dernière intervention de notre ami d'Auvergne et par rapport à la différence d'éthique ou d'idée entre la réduction des risques et la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

On n'a pas tellement entendu parlé ce matin du cadre, mais je pense que ça met en avant la difficulté de travailler avec un cadre répressif où on a du mal à se situer entre lutter contre la drogue et les toxicomanies et réduction des risques où on a pas d'exigence par rapport aux problématiques où on ne doit pas avoir d'exigence particulière en termes de soins ou de comportement thérapeutique face à une consommation de produit. Je pense que c'est d'autant plus dur d'essayer de concrétiser une charnière entre ces deux politiques ou ces deux axes d'intervention qui sont opposés mais relativement différents. Je pense que ça souligne aussi la difficulté d'avoir dans un même lieu effectivement des dynamiques qui sont un petit peu différentes, je crois que c'est aussi peut-être un peu difficile et ça c'est aussi à vous de le dire en tant que membre des équipes à gérer dans un même lieu, un lieu de soins et un lieu « boutique », d'accueil. Je pense que ça pose peut-être un certain nombre de questions, aux personnels de ces endroits, c'est peut-être à vous d'y répondre, comment vous arrivez à concilier ces deux axes de travail qui sont différents ? Je pense qu'un bon nombre d'entre vous sont dans cette situation, peut-être dans le même lieu on va trouver des services différents, si vous pouvez intervenir pour nous dire en terme d'équipe comment ça se passe. Qu'est-ce que vous avez mis en place pour pouvoir gérer ça de façon convenable pour l'équipe et aussi en terme de qualité pour les personnes accueillies ?

### **Catherine RULLAUD - Réduire les Risques - Montpellier**

Bonjour, je suis Catherine RULLAUD et je travaille au sein de l'association : « Réduire les Risques » à Montpellier. Je ne vais pas répondre à votre question, du tout. Il y a autre chose qui m'a interpellée, c'est la parité au sein des équipes, n'est-ce pas important dans la réduction des risques, dans les soins, dans le contact avec l'utilisateur ? Quand vous parliez de la répression aussi, j'ai pensé à cette loi 70, parce que nous, on distribue du matériel en sachant très bien que les gens n'ont pas le droit de s'injecter ce qu'ils s'injectent.

### **Participant**

L'histoire de la parité dans le personnel des associations, je trouve que c'est quelque chose de pas mal qu'il y est des non-usagers avec des usagers. C'est peut être de ça dont tu parlais (sans parler des gens qu'on reçoit), même au niveau de l'équipe, c'est pas mal d'avoir aussi une partie de personnes non usagères, ça permet d'avoir une autre opinion, de voir une autre façon de travailler, de voir comment on fait pour bosser, parce que au départ on est pas formé pour ça en tant qu'utilisateur, c'est vrai que c'est pas mal.

### **Edwin BIME - Accueil INFO DROGUE 11 - Carcassonne.**

Je suis Edwin, je travaille à Carcassonne dans la « boutique » et je suis un ex-toxicomane. J'ai essayé de faire quelques réflexions par rapport à la liberté de choisir de continuer à prendre de la drogue ou pas. Je crois qu'on laisse ça à la personne qui vient chez nous. Par exemple si la personne qui décide d'être sevrée (c'est ça le mot ? parce que je suis flamand, c'est difficile à m'exprimer), je me pose la question. Chez nous on a pas vraiment directement la solution à la question ex-toxicomane ou non....quand je regarde sur moi (parce que je suis ex-toxicomane), la drogue remplace quelque chose, un manque de sécurité intérieure qu'on a dans nous. Au moment où on arrête cette drogue on tombe dans un vide qui doit être remplacé par quelque chose d'autre. Et tant qu'on a pas de personnes compétentes pour nous aider à trouver cette solution.... et c'est là où je me pose la question.

Je ne suis que depuis une semaine ici, mais j'ai déjà remarqué qu'en fait on a pas directement la réponse à cette question. S'il y a quelqu'un qui vient et dit « écoute, je veux arrêter, mais quand j'arrête, je ne sais plus où j'en suis, c'est bien de me trouver un travail, mais après si j'ai peur pour aller travailler parce qu'il me faut ma dose. Comment je vais arriver à surmonter ça ? ». Je me pose la question, est-ce que c'est quelque chose unique à Carcassonne ou est-ce que c'est quelque chose qui se passe sur plusieurs terrains, plusieurs villes ? Ce que j'ai remarqué, c'est que quand j'ai mis ça au milieu du truc, j'ai ressenti quelque chose comme, « Oh, nous sommes des professionnels et maintenant tu nous touches sur un endroit où il ne faut pas remuer ». Je me pose la question si c'est de partout pareil, si on peut aller plus loin que ça, quand même.

### **R. BOGIAN**

Moi, je me considère comme une professionnelle, mais je me retrouve beaucoup dans ce discours là. Je voudrais, juste relever quelque chose, cette question de « à réparer », je ne sais pas, à l'intermédiaire la question ne se pose pas, la question ne se pose que si elle nous est posée. C'est tout.

*Intervention inaudible.*

### **R. BOGIAN**

Moi, je ne sais pas s'il faut qu'on discute beaucoup là-dessus car ça me semble être une évidence. C'est pour ça que les « boutiques » ont été ouvertes, alors maintenant on peut discuter de plein de choses, de la façon dont on en parle ? De qui doit en parler ? Comment on peut en parler ? Etc... Et puis de la façon dont ça change maintenant, parce que les pratiques changent, les produits changent, parce que la personnalité des usagers, les plus jeunes qui arrivent, ça change aussi. Il y a plein de choses qui changent à ce niveau là. Par contre, ça me semble une lapalissade que de dire que ce n'est quand même pas nous, professionnels qui allons décider s'il faut qu'ils arrêtent ou pas.

### **Loli BERNA LEROY**

Quelque part le travail de collaboration, c'est les orientations. Je voudrais reprendre ce matin deux choses qui m'ont interpellée. Je voudrais rappeler au collègue (là-bas) que lorsque je parlais d'intervenants et de collaboration, c'est lorsqu'il y a deux personnes ressources. Il me semble important (autant les services spécialisés que le service social de secteur) que les deux personnes ressources travaillent ensemble dans le même but, dans l'accompagnement socio-éducatif ou social par rapport à l'individu qui se trouve à un moment donné en mauvaise posture et mal.

Quels moyens nous donnons-nous, et quelles limites avons-nous ? Parce que nous avons tous des limites, de par nos missions, de par l'institution à laquelle on appartient.

Ce matin, je voulais le dire quand même. Par ailleurs, c'est vrai qu'une collaboration avec le secteur (social) me semble importante, d'une part parce que effectivement nous avons parfois des outils que vous ne maîtrisez pas, des orientations dont vous n'avez pas connaissance. Si je vous parlais de PDI, (on est quelques-unes et quelques-uns à savoir ce que c'est un PDI) c'est pas sur le Figaro, c'est pas dans Le Monde, ni dans la Dépêche. C'est (parfois) pour ça qu'on vient me voir.

Je crois aussi que l'intéressé qui est un « public » comme un autre, de droit commun avant tout, arrêtons de mettre des étiquettes, (S.D.F., sans domicile fixe, sans résidence stable, maintenant précaire).

Je crois qu'on est en face d'une personne qui a un passé et un avenir. Et pour cet avenir travaillons avec lui, car il a une demande, qu'il pose. S'il ne demande rien, on ne peut rien lui proposer. Donc c'est par cette demande, qu'il va poser au service social (et on ne va pas multiplier les intervenants, on est pas là pour ça), qui sera l'acteur, parce qu'il n'est pas uniquement un paria, il est acteur de sa vie et de sa demande. On doit avoir des moyens, on ne les a pas, malheureusement, pour répondre progressivement à sa demande, quelle qu'elle soit. La priorité pour moi, c'est l'accès aux soins dans le droit commun, c'est-à-dire la carte de sécu, etc....le logement, car il n'a pas de logement, il n'a rien et après, progressivement tenter avec un agent A.N.P.E., de voir comment progressivement, lui trouver un boulot, pas l'insérer parce que ce terme là est galvaudé, c'est comment trouver une occupation qui l'intéresse, tant que c'est possible.

#### **Participant - Entra'cte - Nice**

Je voudrais juste répondre à la question qui a été posée par le collègue de Toulouse, pour remettre à plat les choses. A la « boutique » à Nice, on ne prend pas, nous, les choses en main. On vient nous demander ou nous poser un acte en disant « voilà, moi je vais pas bien, j'en ai marre de la drogue, je veux m'arrêter ». Nous, on est amené à lui proposer d'aller voir des structures qui proposent des cures, qui proposent des soins. En aucun cas la « boutique » à Nice n'est là pour mettre en place une stratégie. Nous, ce que l'on peut proposer c'est une stratégie de mise en lien avec des structures qui feront des cures, des post-cures, des choses comme ça, qui pourront répondre à la personne qui vient avec une demande. En aucun cas la « boutique » Entra'cte de Nice ne peut lui proposer une cure, une post-cure ou quoi que ce soit d'autre.

J'ai un peu de mal à suivre ce qui se passe aujourd'hui. J'ai l'impression que l'on mélange un petit peu tout. J'étais venu dans l'idée de parler des « boutiques », du travail des « boutiques » et uniquement du travail des « boutiques ». C'est vrai que le travail peut prendre une autre tournure, dans ce cas là, il faut nous prévenir et qu'on parle un petit peu de la prise en considération, de la toxicomanie et des risques auquel cas, c'est plus des « boutiques ». On parle plus des « boutiques » mais de la toxicomanie et de la réduction des risques. Si on parle des « boutiques », nous on peut parler de la « boutique » de Nice. Les autres on ne les connaît pas, à savoir qu'à Nice on ne fait pas de prises en charge médicales, on ne fait pas de prises en charge sociales, on ne fait pas de prises en charge culturelles. On ne fait pas tout ça, nous on fait que du lien.

C'est vrai qu'une personne qui en a marre de sa toxicomanie, on peut la mettre en relation avec des personnes qui ont pour mission de faire du soin, de faire du social, de faire du culturel. En aucun cas la « boutique » à Nice ne pourra répondre à la problématique posée par la personne qui vient nous voir.

#### **Jeff FAVATIER**

C'est vrai que les choses peuvent paraître un petit peu mélangées, mais, il y a de la part de l'organisation une volonté à ce que les participations soient très hétéroclites et que soient intégrés à cette discussion les gens de tous les secteurs. C'est vrai que c'est plus « boutico-boutique », c'est aussi pour essayer de sortir d'un état d'esprit un peu cloisonné. C'est aussi ce qui donne des interventions un petit peu différentes.

#### **Participant**

Nous on ne prend pas en charge.

#### **Jeff FAVATIER**

On ne prend pas en charge, mais moi je vois quand même une question...

**Participant**

C'est pas le but, il me semblait comprendre quand tu travailles dans une « boutique » que tu es le premier maillon, le plus proche des gens qui pourraient poser une question plus loin. Comme vous dites, c'est pas mon travail mais je l'envoie plus loin. Et si vous êtes déjà au courant que vous pouvez le mettre plus loin, c'est bien. Après vous êtes confrontés, c'est ce que j'ai ressenti, des fois tu as à faire à des professionnels qui ont du mal à avouer qu'ils sont au bout de leurs limites.

**Participant**

Je ne sais pas, c'est terrible.

**Participant**

Je ne sais pas, dire non est toujours très difficile à dire, c'est en vieillissant qu'on mûrit. Il faut dire, je ne sais pas.

**Participant**

Je crois que ça pose une autre question, en dehors du fait que... Est-ce qu'on doit se substituer ?

**Jeff FAVATIER**

Il y a quand même un problème qui se pose au travers de ces demandes à traiter, puisque là aussi, pour répondre à la demande des gens, c'est l'adéquation avec l'orientation qu'on va faire. Qu'est-ce qu'on fait comme orientation pour des problèmes de cocaïne ? Qu'est-ce qu'on fait comme orientation pour des demandes de sevrage, de fin de substitution ? Moi je suis désolé, c'est « la psychiatrie » et bien souvent ils redescendent de « la psychiatrie » avec une prescription de Subutex®. Ça c'est une réalité. J'ai invité le psychiatre, malheureusement, il n'est pas venu. Il s'est inscrit, il travaille sur Nîmes, il fait un très bon travail d'ailleurs, le Docteur CAER, mais il y a aussi des impératifs liés au service.

Et on est aussi des fois dans des situations, où on sait pertinemment que par rapport à la demande ( par rapport à certains usages, certaines problématiques ) liée à des usages de produits qui sont nouveaux, dans le secteur du soin il n'y a pas de réponse qui va être apportée. La prise en charge pour un sevrage, c'est huit jours. Dans le cadre d'une demande de sevrage au Rohypnol, huit jours c'est largement insuffisant, je suis désolé.

Donc, est-ce que nous, en tant que maillon de la chaîne, on ne doit pas faire remonter un certain nombre de problématiques comme ça, pour que cette offre de soin, ce secteur du soin puisse évoluer vers d'autres pratiques, vers d'autres types de prises en charge. Je pense que c'est un de mes rôles aussi. Bien évidemment, il n'est pas question de faire à la place, pour ça on est bien d'accord. Je pense qu'on a aussi le rôle de pointer les difficultés qu'on a dans un certain nombre de cas qui deviennent de plus en plus importants.

Il y a des dépendances croisées, alcool, Rohypnol®, Subutex® et des usages de cocaïne par derrière, moi j'aimerais que les professionnels me disent comment on traite ces demandes là en huit jours.

**Participant**

C'est pas les « boutiques » qui s'avancent.

**Jeff FAVATIER**

Non c'est pas les « boutiques » mais ça pose quand même un problème important aux « boutiques » qui est de dire, moi pour cette personne, j'aimerais faire une orientation de qualité qui va aboutir à quelque chose.

**Participant**

.... En ce qui me concerne je fais des orientations que j'estime de qualité autrement je ne les fais pas. Maintenant, les gens chez qui on envoie ces personnes là ne font pas un boulot de qualité, ça se sait, on ne les envoie plus. Ça se sait sur le terrain.

## **Participant**

Quand tu fais des sevrages en huit jours, tu n'as plus beaucoup d'endroits où tu peux faire des orientations de qualité, je suis désolé. Quand on oriente quelqu'un pour faire un sevrage et qu'il se fait en huit jours, après partout en France, ça se passe pareil... On a plus beaucoup d'endroits pour faire une orientation de qualité pour un sevrage. Et quand il parlait à l'instant de consommations croisées de Rohypnol®, alcool, Subutex®, etc. et tout ce qu'on peut imaginer, effectivement la proposition qui est faite quel que soit le service hospitalier c'est de prendre un « mec » huit jours et si possible cinq.... Je veux dire que quand on est confronté à ce problème là on est effectivement complètement démunis, quant à l'orientation.

Parce qu'on a des types qui viennent demander, qui disent « je suis dans cette situation là, j'en peux plus, il faut que ça arrête ». Sauf, que la seule chose qu'on peut lui dire, c'est : « Je suis désolé, le centre où je peux t'adresser, ils vont faire un truc en huit jours. »... et on sait que ça ne suffira pas.

Le problème, c'est qu'on a pas ni les uns, ni les autres, que ça soit les « boutiques », que ça soit les centres de soins, que ça soit l'ensemble du dispositif de soin pour les toxicomanes, on a pas d'autres possibilités d'orientation et on sait que les autres lieux qui seraient susceptibles de faire ces prises en charge, les feront à minima.

## **Participant**

C'est un fait nouveau.

## **Participant**

Non, c'est pas nouveau, ça fait 20 ans que ça existe.

## **Participant**

Que je m'explique, le fait nouveau, c'est le fait que les gens consomment différents produits. C'est un fait nouveau.

## **Participant**

Ce qui est nouveau dans le fait là, c'est les gens qui viennent nous voir aujourd'hui. Ils ne le faisaient pas il y a quelques années. Ils ne venaient pas nous voir il y a quelques années parce qu'ils n'étaient pas dans l'état dans lequel ils sont aujourd'hui.

C'est un fait qui se présente aujourd'hui à nous et effectivement, on va adresser pour l'alcoologie, on va adresser pour la toxicomanie, on va adresser pour les médicaments. On va adresser quoi d'abord ? Elle est où la priorité ? Il n'y a pas une priorité, c'est un ensemble qu'il faut gérer.

Effectivement, peut-être que la médecine... pour l'instant, il y a un échec ou un retard par rapport à ça. Toujours est-il, que nous en tant que « boutique » on ne peut pas gérer ça. C'est pas le but de la « boutique ». Nous, tout ce qu'on peut faire, c'est orienter vers les structures qui sont dites compétentes.

## **Caroline JALFRE - Le Patio, AVAPT - Avignon**

Une parenthèse là. Je m'appelle Caroline, je suis éducatrice au Patio à l'A.V.A.P.T., qui est un lieu d'accueil installé dans le Centre d'Accueil. Moi, ça m'arrive de travailler au Centre d'Accueil, de travailler dans les appartements thérapeutiques et de travailler au lieu d'accueil où il y a effectivement, de la distribution, du matériel de réduction des risques etc. Nous on est une équipe, on est trois, avec une infirmière, un médecin, un agent de prévention et autre éducatrice. Nous sommes dans la non réponse, c'est-à-dire que nous ne sommes pas là pour donner des réponses. Ça a été clair d'entrée, nous on est un lieu d'écoute, d'accueil, mais l'accueil ce n'est pas forcément la réponse. Il y a le Centre d'Accueil qui est là. Si effectivement la personne, à un moment donné nous dit, la cure ? le sevrage ? etc. Il sait très bien qu'il y a le Centre d'Accueil qui est là haut, il y va ou il n'y va pas ou il redescend, ça peut aller mieux etc. Nous, nous ne donnons aucune réponse. La seule proposition, c'est le café, ça marche en général.

Ça fait un an qu'on est ouvert et c'est vrai que ça tourne bien. On a du monde, il y a des gens qui n'étaient pas forcément connus du Centre d'Accueil. Il y a des gens qui sont connus par le Centre d'Accueil et qui viennent. C'est ouvert à des personnes aux parcours complètement différents et on reste dans la non réponse. C'est-à-dire qu'on est là pour écouter, accueillir. C'est un choix d'équipe au départ. Parce qu'on avait pas envie de devenir un Centre d'Accueil bis pour personnes qui viennent en général parce qu'elles n'ont pas forcément une demande. Ils viennent et puis après on voit mais on est pas là pour répondre. On ne va pas demander à des gens qui ne demandent rien, le « qui ne demandent rien » ça demande encore à être discuté, parce que si ils viennent, c'est bien qu'il y a une raison.

## **Participant**

Le café ?

### **Caroline JALFRE**

Peut-être le café, peut-être pas ! Mais ça c'est à nous de le travailler en équipe. Si la personne a envie de faire une demande au niveau de la Sécurité Sociale ou etc. C'est vrai qu'il y a le Centre d'Accueil qui est là pour ça et la personne y va.

### **Pierrot KUNEGEL - Sleep'in, SOS DI - Marseille**

Je m'appelle Pierrot et je travaille dans la rue, dans les quartiers Nord de Marseille où il faut apprendre à dire non comme au Sleep'in qui est aussi très formateur . Je crois que ce n'est pas une question d'âge mais une question de volonté et une question de tripes. S'il faut travailler avec ses tripes alors c'est une question de tripes. Je crois que la consommation de médicaments, de cocaïne injectée, de morphiniques etc. n'est pas une consommation nouvelle. C'est les gens qui le consomment maintenant, ils consomment dans la rue parce que la précarité fait qu'ils n'ont pas de quoi se payer un logement. Ils consomment à ciel ouvert, alors qu'avant on consommait dans des endroits un petit peu plus abrités ou dans des salles de concert. Je crois que de plus en plus, vous dans les « boutiques » vous allez avoir à faire à des gens qui ne consomment plus que ça, parce qu'ils en ont marre de la galère pour trouver de l'héroïne, alors ils s'inscrivent dans les programmes méthadone, mais ils aiment bien la défonce parce qu'ils n'ont pas réglé ces problèmes là et donc ils continuent de se défoncer avec.

### **Gilles COUTAREL – CDPA - MOULINS**

Moi, je m'appelle Gilles Coutarel, je viens d' Auvergne, c'est l'Allier et je travaille en alcoologie.

Il y a une vingtaine d'années, que je suis directeur d'un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et je m'intéressais à la toxicomanie parce que je m'intéresse aux conduites addictives. A un moment donné, je me disais que c'était intéressant de mettre dans le dispositif l'expérience qu'on a en alcoologie, de faire la même chose en matière de toxicomanie. Ça veut dire qu'il y a un an, pour moi une « boutique » c'était un magasin et j'ai appris qu'on allait devenir une « boutique ».

Il se trouve que je suis dans un département de 300 000 habitants à peu près avec trois villes très excentrées qui ne communiquent pas entre elles. Ça veut dire que l'arrondissement sur lequel je vais travailler, c'est une petite ville de province et autour la campagne et des petits villages et des petites villes de rien du tout. Et je me dis en vous écoutant que je ne sais pas si les « boutiques » ça ne doit exister que dans les grandes villes. Parce que j'ai entendu parler de Toulouse, de Nice, de Marseille, de Lyon mais je me dis qu'à Montluçon où je suis, c'est pas si évident, parce que la demande est multiple. Dans l'esprit des gens, ce qu'ils attendent de nous c'est un service qui fasse en même temps de la prévention, de l'écoute, de l'accompagnement et du soin. De toute façon même si on est des petites villes, on a les mêmes problèmes, il y a moins de personnes, ça veut dire que dans nos lieux il faudra qu'on ait peut-être des types d'accompagnements diversifiés. Je comprends bien que ça doit être facile d'avoir une « boutique » à Nice parce que ça permet de dire, nous on vous écoute, on vous donne un sandwich, on vous propose une douche. Si vous ne voulez pas, on ne fait pas, si vous voulez on peut vous indiquer et puis on connaît une adresse, vous pouvez y aller. Le problème c'est que nous on va être l'adresse. Je vais vous donner des exemples.

Depuis quelques temps, je m'intéresse de plus près à la question. Les demandes que j'ai, c'est le gamin qui fume le pétard, ou les parents du gamin qui fume du pétard qui s'inquiètent. Et comme nous on sera le référent, c'est vers nous qu'ils vont venir. Je me dit que c'est peut être intéressant qu'on ait un travail de prévention avec cela.

Autre demande, c'est le mec qui sort du printemps de Bourges et qui me dit, « j'ai fait le tour des toubibs, il n'y en a pas un qui a voulu me prescrire du Subutex®, je suis allé à l'hôpital... »... et l'hôpital nous l'a renvoyé. Et bien nous on a pas d'ordonnance sécurisée . Voilà la question à laquelle on sera confronté. Ça veut dire qu'il va bien falloir qu'on panache d'une manière ou d'une autre. Alors, moi « boutique » ou autre chose, je m'en fout un petit peu, ce qui m'intéresse, c'est de respecter les gens quand ils poussent la porte, c'est de pouvoir écouter quels sont leurs besoins, mais c'est vrai aussi que j'ai des intentions, parce que je veux bien qu'on fasse rien mais si on est là pour recevoir des gens, peut-être qu'on a aussi des intentions. Ce matin on a parlé de normalisation, les uns ou les autres qu'on le veuille ou non, on est dans la normalisation. Autrement les gens continuent de se shooter où ils veulent, si on ne veut pas normaliser d'une manière ou d'une autre. Donc, j'ai des intentions. Mon intention c'est de me dire que face à la dépendance, ce qui m'intéresse, c'est l'autonomie.

Comment, je peux avoir une attitude face à un être humain qui arrive à un moment donné de dépendance, comment je peux être assez consistant pour lui permettre de faire un chemin vers l'autonomie dans lequel il prendra toute sa part ?

Mais en tout cas moi, je suis très intéressé par ce que j'entends depuis ce matin et très anxieux, parce que je me dis, c'est pas possible d'avoir un lieu de soins et en même temps d'accompagnement médico-social et en même temps « boutique ».

Je me dis que c'est bien ce qu'il va falloir qu'on fasse quand même, on va tenter. Nous on le fait en matière d'alcoologie, mais ce n'est pas la même chose. On accepte que les gens continuent de boire en les épaulant, en les accompagnant, là c'est vrai qu'en plus on leur fournit du matériel, mais bon il faut savoir ce qu'on veut. Donc je vais revenir avec des questions, des questions supplémentaires. Je voulais vous faire part de ça. Il y a plein de petites villes de 40, 50 000 habitants, des secteurs où il faut un dispositif toxicomanie dans lequel il y a de la réduction des risques, de la prévention etc... Il faut qu'il y ait un dispositif, et ce dispositif ne peut pas être multiplié partout. Les grandes villes ont les moyens d'avoir des structures diversifiées dans les plus petits départements, les petites villes, on a des systèmes avec le mélange déjà.

#### **Lillette PERRIER**

Je voudrais vous dire deux mots de l'expérience à la fois d'une « boutique » hospitalière mais aussi d'un endroit où on fait beaucoup de choses... de la substitution, de l'accès aux soins hospitaliers. Le danger effectivement, c'est de se situer dans la toute puissance de ce qu'on est, du dispositif public qui est derrière nous, qui d'ailleurs est absent derrière nous. C'est quelquefois compliqué de se situer par rapport à la problématique d'une personne pour laquelle tout le monde n'est pas forcément du même avis. Tout le monde ne va pas évaluer de la même façon et avec le même regard le parcours de la personne. C'est important de débattre là dessus, de communiquer entre nous et d'être au minimum au clair avec les objectifs autour desquels on travaille. Le deuxième problème qui peut se poser et ça se pose régulièrement dans le service, c'est la question de l'orientation.

Quand on (ce n'est pas un exemple concret que je cite, je ne voudrais pas qu'on m'accuse de faire des procès de personnes) a un problème d'hépatite, si on l'envoie chez celui-là, ça va pas le faire, donc on va plutôt l'envoyer chez l'autre. Au bout d'un moment, on dit et bien ça serait mieux qu'un « gastro » vienne dans le service comme ça, ça sera plus simple.

Là on est dans la toute puissance, de se dire, nous on sait tout faire, on va tout faire et comme ça on a affaire à personne. Et bien, c'est pervers, je vous le dis. C'est un danger un peu pervers.

#### **R. BOGIAN**

Moi, je voudrais reprendre là dessus, parce que je pense que si on peut éviter la chronocisation, si on ne veut pas devenir des lieux « substituteurs » nous-mêmes, je crois que la nécessité impérative c'est quand même de pouvoir développer des compétences ailleurs, parce que ça existe en plus. Les services ne manquent pas. Par contre, quels sont les parcours, les chemins qu'on peut prendre pour arriver à ce que ça bouge ? Je ne sais pas. Je ne suis jamais contente du boulot qu'on fait, nous à Intermède et puis on travaille quand même.

Depuis cinq ans quand même, si on parle de l'ouverture sur le droit commun, il y a des trucs qui ont bougé. Peut-être pas aussi vite qu'il le faudrait. Une des questions principales à mon avis dans les deux, trois années qui viennent, c'est comment est-ce qu'on va accueillir et entendre des personnes qui sont comme tu le dis, dans des situations... peut-être qu'elles existaient avant effectivement et qu'on ne les voyait pas. Maintenant, il se trouve qu'on les voit. On peut faire comme si elles n'existaient pas, elles vont venir, elles sont avec nous et elles ont le droit d'être là autant que n'importe qui. A nous de savoir où on est par rapport à ça. Et ça, ça devient compliqué. Comment les orienter ? Qu'est-ce que ça veut dire une orientation pour eux ? Qu'est-ce que ça représente ?... parce que, c'est les pratiques surtout qui se mettent à changer. D'un côté, je trouve que le travail des « boutiques » s'affine pas mal du côté de l'élaboration, de ce qu'on pourrait envisager comme possibilité d'avancer, et de l'autre côté, je trouve que la question de la dépendance, au-delà de la toxicomanie, ça se durcit.

#### **Participant**

A partir de quand, on peut parler de chronicisation... ? Deux mois, cinq mois ?

Les gens n'avancent pas au même rythme. Moi, ça ne me semble pas un problème, la chronicisation.

#### **Participant**

C'est nous la chronicisation, c'est pas eux.

### **Pierrot KUNEGEL**

Je crois quand même qu'il y a quelque chose qu'il faut prendre en compte dans l'usage de drogue, c'est la mobilité des personnes. Il y a une étude d'un sociologue qui s'appelle José Haro qui enquête depuis quelques années à Marseille et qui se rend compte qu'à la « boutique » Transit, il y avait plus de 80 % des gens qui n'étaient pas de Marseille. Les gens y vont y viennent. Je crois qu'en terme de chronicisation, on est loin en terme d'orientation. On a pas de souci à se faire, c'est pas demain la veille que la majorité de nos orientations arriveront à terme. C'est un petit peu ce paramètre là qu'il faut prendre en compte dans l'usage de drogue et dans la dépendance. Les gens vont d'un lieu de « deal » à un autre, ils vont d'une ville à une autre et ils bougent, ils font leur vie. Je suis sûr qu'ici il y a des gens que nous à Marseille on connaît et que vous par exemple à Chambéry ou à Nice vous connaissez, se sont les mêmes personnes.

### **Participant**

Moi, je voudrais reparler de l'accueil des personnes polytoxicomanes. Les soins de la drogue depuis quelques siècles nous montrent que ça a toujours existé. En 1800, avec le Laudanum, la morphine et l'opium... des structures se sont mises en place et se sont perfectionnées au fil des temps.

La répression pour les personnes toxicomanes est toujours active, toxicomanes, fumeurs, les personnes s'injectent et consomment des médicaments qui sont dangereux pour la santé. Ce qui est nouveau dans ces « boutiques » c'est l'accueil de ces personnes, qu'elles soient héroïnomanes ou placées sous substitution ou pour les toxicomanes qu'il n'y ait pas de réponses spécifiques. Depuis les débuts des temps que les gens consomment de la drogue, il n'y a jamais eu de réponses vraiment spécifiques à tous les problèmes. On essaie d'aplanir les problèmes et on fait ce qu'on peut avec ça. Par contre, que toxicomanes, polytoxicomanes, alcooliques puissent être écoutés s'ils en ont besoin ou puissent être aidés et soutenus, ça c'est déjà une grosse réussite, réussite qui est due aux « boutiques ». Il y a tout un travail de partenariat qui peut se faire avec tous les travailleurs.

### **Participant - Chambéry**

Moi je voulais réagir sur ce que disait Pierrot. C'est vrai que dans les quartiers Nord à Marseille ou au Sleep'in tu vois certainement des gens qui passent par Chambéry ou ailleurs. Nous, on a énormément des gens de passage. Je reviens à ce qu'on disait avec le collègue d'AIDES ce matin, la passivité dont je parlais ce matin, ce n'est pas une passivité mais une écoute. Je n'ai rien à proposer, il vient, il boit un café, on discute. S'il ne connaît pas le coin, on va lui indiquer où il va pouvoir manger, où il va pouvoir passer une nuit. Les usagers sont quand même au sein de nos préoccupations.

Nous sur Chambéry, on a une expérience très particulière, parce qu'on s'est intégré à une structure qui existait déjà qui s'appelle l'Espace Solidarité, où il y a une halte de jour où les gens viennent prendre leur douche, laver leur linge ... Il y a un espace santé où ils peuvent avoir des soins médicaux gratuits sans décliner leur identité, des soins dentaires qui sont faits par des médecins bénévoles, des médecins de ville qui viennent bénévolement, des dentistes qui interviennent bénévolement. Nous, on est arrivé sur ce lieu, on n'allait pas révolutionner les choses. Il y a aussi un Centre d'accueil et d'Orientation au niveau du logement, des papiers... Quand le programme de réduction des risques s'est mis en place. On a entendu : « Chouette, vous allez pouvoir faire quelque chose pour les toxicos qui sont là, qui se shootent dans les escaliers. Il y avait des seringues qui traînaient, nous on arrivait, on avait pas à faire le ménage ou la police ou quoi que ce soit. L'une de nos missions, c'était déjà de faire prendre conscience de certaines choses. Nous on a un travail, la réduction des risques. Pour nous, c'est à la fois, auprès du public, auprès des personnes qui viennent, qui passent ou qui restent et auprès des gens qui les côtoient.

Ce matin je lisais le petit papier de Ruptures qui parlait de l'environnement social. Je crois que la réduction des risques, c'est ça, c'est l'environnement, c'est toutes les personnes qui interviennent auprès des gens. Nous on a mis en place, (tu parlais de recommandations, je ne sais pas si ça peut être une recommandation, mais nous notre objectif, aussi bien auprès du public qu'auprès de l'environnement, c'est de faire passer une sorte de culture commune de la réduction des risques). Tout simplement, on a fait des réunions, on n'a pas voulu parler de formation, parce qu'il faut que ce soit très court. Les gens ne peuvent pas être très disponibles sur des temps très longs. C'est des réunions mensuelles d'1h30. Les gens qui travaillaient sur place n'avaient pas l'habitude de se voir, de travailler ensemble. C'est plus de l'échange de pratiques, autour de thèmes tous simples. La première fois, c'était les produits, c'était la grosse question, les produits. Il y a un policier qui est venu, un gendarme avec du shit, de l'héro, de l'ecsta.... des gens qui voient des seringues ou des trucs traîner, ils en entendent parler mais ils ne savent pas ce que c'est.

On a essayé de montrer ce que c'était, pour démystifier, et on se rendait compte que le problème le plus important, c'était pas forcément les produits illicites mais plutôt la pharmacie familiale où tu peux trouver ce que tu veux pour faire ce que tu veux.

Là, il y a beaucoup de personnes qui se sont rendues compte qu'une personne toxicomane, ça peut être quelqu'un qui est très mal chez lui, un enfant qui est mal, un ado ou un jeune adulte et qui « cachetonne » et qui rajoute de l'alcool par dessus et ainsi de suite. Donc, on a essayé ensuite avec des thèmes très variés, on a parlé de la violence car tout de suite on identifie le toxicomane à quelqu'un de violent.

Qu'est-ce que c'est la violence ? C'est déjà la violence par rapport à soi-même. Ça peut être l'agressivité, ça peut être plein de choses. Les gens qui sortent avec des chiens par exemple, nous on a énormément de gens sur Chambéry qui sont avec des chiens, parce que je ne sais pas si ça existe ailleurs, mais il y a un accueil des personnes qui sont dans la rue et qui peuvent passer la nuit avec leur chien durant toute la période d'hiver. C'est relativement rare, il y a beaucoup de gens qui se retrouvent dehors, même l'hiver avec leur chien parce qu'ils ne peuvent pas rentrer avec leur chien. C'est important tout ce travail d'information auprès de l'environnement des personnes qui côtoient quelqu'un qui fait la manche. Chambéry, c'est pas une très grande ville, il y a la gare, le Prisunic du centre ville, les gens sont par là, ils font la manche, avec leur chien et ainsi de suite, et tout le monde se retourne, ça génère une certaine peur collective. Je crois que la réduction des risques, c'est ça aussi, c'est faire passer le message que la personne qui est là, qui est peut-être différente, qui a un chien, qui est tatouée, qui est percée ou qui parle une autre langue, c'est pas quelqu'un qui va piquer ton portefeuille, qui est forcément toxicomane, parce qu'il y a toujours cet amalgame.

Je crois que c'est un grand travail d'information la réduction des risques. Nous dès le départ, le projet c'était ça, à la fois, le travail auprès du public, d'une manière passive mais active aussi. J'apprécie le fait d'avoir des visions différentes, je réagis par rapport à ça, mais essentiellement auprès de l'environnement. Si on ne change pas le regard des personnes qui côtoient les toxicos ou les usagers de produits de manière générale, je crois qu'on avancera pas plus vite.

#### **Participant**

Je pense à cette notion de médiation. C'est pas forcément valorisant, surtout pour le personnel soignant d'aller rencontrer les voisins ou autre. Je crois qu'ils ont du mal aussi à faire ça. Je le dis très simplement, ce dont on s'aperçoit quand même, c'est que dans les gros « cas juridiques » qui ont opposé des copropriétés, des associations d'habitants, de quartier à des « boutiques », à chaque fois, sur la mise en place de l'action, il n'y a eu aucune concertation avec le quartier, les commerçants, les gens qui y habitent. Comme par hasard, à chaque fois, on s'aperçoit que ça été complètement « zappé », cette phase là.

Il y a aussi des endroits où malgré les explications, ça ne fonctionne pas et il faut trouver un autre endroit. Je crois que c'est quelque chose d'important comme l'aspect communautaire à l'exemple de Ruptures ou autre. Je crois que par rapport au principe de réduction des risques tel qu'on a essayé de le concevoir avec le modèle de pays étrangers c'est un des quatre principes de base de la réduction des risques, en dehors de l'échange de seringues, des produits de substitution. En France les choses n'ont pas été forcément présentées de cette façon là, mais c'est à mon sens très important, cette concertation et je pense que nous les premiers, on ne maintient pas les efforts nécessaires au long cours, une fois que l'on est installé.

#### **Participant**

On fait des réunions régulièrement qui sont soit à l'initiative de notre institution, soit à l'initiative du pharmacien du coin, des habitants du quartier, des associations annexes. C'est quelque chose qui s'entretient. De toute façon, il y a des incidents devant notre « boutique », et dans ce cas là, il faut qu'on aille en parler spontanément. On y a été obligé car on a eu du mal à s'implanter dans un quartier. On nous a dit : « Non pas ici. ». Donc d'emblée on a été au devant de cette démarche là, mais c'est toujours pas réglé, ça revient de façon récurrente et il y a un amalgame entre « dealers », immigrés, consommateurs, alcooliques, S.D.F... Il y a une espèce de grosse marmite où somme toute on est les représentants de quelque chose.

#### **Participant**

Il n'y a pas qu'ailleurs qu'il y a un amalgame, même ici il y a un amalgame. Tout à l'heure j'entendais parler de S.D.F., on est là pour parler d'usagers, on est pas là pour parler de S.D.F., de gens sans domicile. Il ne faut pas faire d'amalgame et on l'a fait tout à l'heure. Il ne faut pas s'étonner que les gens extérieurs le fassent aussi.

...

... Il ne faut quand même pas l'oublier, en ce qui concerne cette absence de concertation, que tout simplement, nous n'avons pas le temps de toujours être dans la concertation avec les riverains. Je crois qu'on a plus le temps parce que on est dans l'urgence du travail, parce que ils ont leurs préoccupations, ils ont leurs représentations et nous on est dans nos urgences.

Je crois que ça, il faut en tenir compte, il ne faut pas se leurrer. Si on avait un petit plus de moyens financiers, (mais moi je ne suis pas dans les petits papiers de la MILDT) déjà on serait peut-être moins usés, peut-être on prendrait plus le temps et on serait peut-être plus nombreux dans les « boutiques », et dans les rues, et dans les Sleep'In pour être plus au service et à la disposition des usagers. C'est vrai aussi que « les auto-supports des usagers de drogues » sont eux en première ligne pour casser les représentations auprès des riverains dans un esprit de concertation.

#### **Loli BERNARD LEROY**

... Je rejoins Pierrot qui va un petit peu amener Monsieur Dupont la Joie à prendre connaissance. Le titre exact du B.O. c'est « prévention des conduites à risque » par rapport aux jeunes, lycéens et collégiens et je crois qu'aujourd'hui on prend conscience au niveau des établissements scolaires, des équipes pédagogiques enseignantes, des parents d'élèves et des élèves qui sont concernés, d'une représentation différente, donc c'est « prévention de conduites à risque » eux mêmes. C'est vrai que si dans les écoles on en parlait, l'information est importante à véhiculer avec le respect de l'autre. Ce sont deux B.O. à lire, même si on est pas concerné, ça m'a l'air intéressant.

J'ai eu l'occasion de travailler avec un collègue et c'est vrai que nous adultes, on a besoin de se replonger dans cette dimension du respect de l'autre quel qu'il soit.

#### **Pierrot KUNEGEL**

Je crois que SOS Drogue International est mandaté pour intervenir dans les collèges et donc faire des interventions auprès de professeurs de lycées. C'est vrai que certains pensent qu'il n'y a que dans les quartiers défavorisés comme dans les quartiers Nord, Sarcelle ou Vaulx en Velain, qu'il y a des problèmes de drogue, donc on délaisse un petit peu les quartiers sud, les quartiers bourgeois qui sont juste en face au détriment des Z.E.P. etc. On ne peut pas, là encore, intervenir partout. C'est vrai que ce travail d'information et de concertation dans les lycées est à mon sens très important ne serait-ce que pour la prévention des usages, pour que les jeunes, s'ils veulent consommer, puissent le faire en toute information, en toute objectivité.

#### **Mami TIMRICHT – TRANSIT, AMPT - Marseille**

J'avais simplement une question à vous poser à tout : c'est la demande des personnes que vous recevez dans les « boutiques ». Quelle est leur demande, est-ce qu'elle est simplement de l'ordre du soin, de la prévention des risques par rapport à l'échange et la distribution des seringues ou est-ce qu'elle est ailleurs ? Ailleurs, c'est-à-dire dans l'accompagnement social, dans un accueil personnalisé, individualisé. En tout cas, c'est ce qu'on ressent en ce moment à Transit, après 7 ans d'existence. Les gens maintenant, la réduction des risques, ils l'ont entendu. Je ne dis pas qu'il faut cesser là dessus, c'est un combat à mener aujourd'hui mais il y a quand même, un accès vers l'accompagnement, l'insertion socioprofessionnelle auprès des usagers. En tout cas, il y a une grosse demande.

#### **Sophie BURKHARDT - Réduire les risques - Montpellier.**

Nous, les demandes que nous avons à l'accueil, ça serait l'ouverture d'une salle de « shoot » parce que effectivement, encore aujourd'hui, on meurt du Sida, on meurt d'hépatite, on a beau donner du matériel, des fois c'est injecté dans des conditions lamentables, encore dans la rue aujourd'hui. Le public que nous accueillons a une moyenne d'âge d'une trentaine d'années et nous avons remarqué que nous avons beaucoup de difficulté à travailler avec les institutions par rapport à cette loi de 70. J'aimerais rebondir là-dessus, c'est une question aussi qu'on peut débattre parce que on est encore condamné aujourd'hui et on arrive toujours pas à en parler. Les usagers mentent, et pourquoi mentent-ils, parce qu'ils sont condamné de toute façon, quoi qu'il en soit. Nous, nous sommes une association paritaire sur Montpellier, nous avons de petites difficultés financières pour continuer à exercer notre métier. Nous accueillons les gens sans jugement, les usagers nous retournent souvent la question « pourquoi, on ne peut pas en parler de la drogue ? ». Pourquoi encore y a-t-il ces idées reçues et ces condamnations ? Pourquoi les prisons, les maisons d'arrêt, aujourd'hui, sont remplies de personnes usagères de drogues. Voilà, c'est une question, c'est un débat que j'ai envie qu'on arrive ensemble à avoir.

#### **Participant**

Je crois que le paradoxe, de toute façon est le même, dans les prisons on donne de l'eau de Javel alors que les seringues sont interdites. Dans certains pays c'est autorisé, je ne sais pas si ça va évoluer.

Tant que la loi ne changera pas, c'est vrai que l'usager sera toujours condamné, même si dans les faits, on retrouve plus beaucoup de condamnations pour usage simple. Il y a encore...

...C'est facile...si on a été condamné une fois, après l'étiquette de « toxico », elle est ...

...C'est évident qu'au niveau politique. L'A.N.I.T., s'est positionnée au niveau d'une dépénalisation avant même de parler de...

...L'A.N.I.T. a trouvé intolérable que les toxicomanes en prison n'aient pas droit au Subutex®

...Ils ont droit à la méthadone mais pas au Subutex®.

...Ça, ça dépend des pratiques de chaque médecin en interne. Je travaille en prison en Savoie, il y a un médecin qui initie de la substitution en prison. Le médecin d'à côté ne le fait pas

...Madame Maestracci est venue à Nice, il n'y a pas longtemps. Elle découvrait qu'il y avait du Subutex® en prison, elle a trouvé ça aberrant. Elle a dit que ce n'était pas normal qu'il n'y ait pas du Subutex® en prison. Les gens qui travaillent dans les prisons ont rétorqué qu'il n'y avait pas assez de soignants pour pouvoir faire le suivi. Il y a une collègue qui intervient à la « boutique » qui pourrait peut-être mieux en parler que nous, puisqu'elle intervient dans les prisons.

#### **Participant**

Je travaille à la Maison d'Arrêt de Nice, je fais de l'alphabétisation exactement. Je connais un peu ce système par rapport aux toxicomanes et à Nice, ils sont soignés. Ils sont même en train de faire des travaux pour qu'il y ait des cellules médicalisées, pour que le personnel soignant puisse se déplacer très facilement et aller soigner les détenus malades ou qui utilisent des produits comme la méthadone et autre. Donc, on ne les laisse pas comme ça, et ça fait très longtemps qu'ils sont soignés. L'eau de Javel, on l'achète, on ne la donne pas dans la Maison d'Arrêt. On achète tout en Maison d'Arrêt, même le dentifrice et la brosse à dents.

#### **Participant**

Ce qui est « rigolo » par rapport à ça, c'est qu'on dit ( dehors ) que la Javel, ça ne fonctionne pas, qu'il ne faut pas nettoyer ses pompes avec ça. C'est pas bon, mais c'est assez bon pour les mecs qui sont en prison.

...Ce n'est pas de l'eau de Javel qu'on trouve en grande surface, c'est de l'eau de Javel... (*brouhaha*)

#### **Participant (réponse)**

Enfin, on ne peut pas fermer les yeux, sur tout ce qu'il y a à côté de ça.

Effectivement, il peut y avoir des endroits, des expériences, des tentatives tout à fait honorables de la part des gens qui se « coltinent » une opposition de la part du personnel pénitencier qui est d'une importance vraiment ...

#### **Participant**

Juste avant que tu continues, est-ce que ce n'est pas une question que l'on pourrait remettre ce soir à la synthèse, à la personne qui représente Mme MAESTRACCI.

Mme MAESTRACCI, était convaincue qu'il fallait dans toutes les prisons que les toxicomanes puissent avoir droit à ça.

#### **Jeff FAVATIER**

Qu'elle en soit convaincue ou pas, ce n'est pas tellement le problème. Le problème c'est que nous soyons convaincus, nous avant tout. Après que ça fasse plaisir ou pas, on s'en fout un peu.

Les recommandations qu'on va essayer de formuler, doivent aussi concerner la réduction des risques en milieu carcéral, ça me semble tout à fait logique car on a des prises en charge en dent de scie. Ce qui me paraît illogique par contre, c'est le mode d'intervention dans les lycées et dans les écoles. Ça dépend des individus et de l'éthique, de l'idée des individus sur ce qu'est la toxicomanie.

Souvent, se sont les gendarmes qui font les interventions et la teneur de ces interventions, c'est un peu n'importe quoi, il faut bien le dire. Ce qui est malheureux, c'est que pour un bon nombre d'intervenants, nous ne pouvons pas pénétrer dans une Maison d'Arrêt. Ça nous est totalement refusé, le journal d'ASUD, notamment ne peut pas pénétrer dans une Maison d'Arrêt. Pour finir le chapitre, le plus grand nombre d'overdose en France, la plus grosse proportion, ce sont des sortants de prison. Les sorties, on sait quand c'est approximativement. Ils ont malheureusement pas mal de temps pour réfléchir à leur situation d'enfermement et je crois qu'il serait opportun de rappeler les quelques bases minimales de protection, parce que la majorité des personnes vont consommer, vont faire une fête, ça c'est clair, net et précis. La première chose qu'ils font avec leur pécule, c'est d'aller au bar, de consommer de l'alcool, souvent d'aller acheter un produit. C'est déjà un des meilleurs scénarios pour faire une surdose ou une overdose, pour commencer. Je crois qu'effectivement, il y a un certain nombre de recommandations que l'on peut faire en terme de réduction des risques qui ne sont pas uniquement par rapport aux « boutiques » mais qu'on essaie de promouvoir cette dynamique d'ouverture auprès d'autres institutions même si c'est des institutions qui à priori n'attirent pas notre sympathie.

### **Participante**

...aux Baumettes, ça s'est arrangé depuis quelques temps, mais il faut savoir qu'il y a deux pôles médicaux, il y a le S.M.P.R. qui est le service de psychiatrie et les U.C.S.A. (Unités de Consultations de Soins Ambulatoires).

Le S.M.P.R., pour plein de raisons, a décidé de ne prendre en charge que les personnes en traitement de méthadone et d'arrêter la prise en charge de personnes sous Subutex®. Il y avait de gros problèmes de collaborations avec l'administration pénitentiaire, il faut le dire. Il y avait des problèmes de confidentialité, de secret professionnel qui étaient importants. Toujours est-il qu'il y avait des personnes qui étaient incarcérées alors qu'elles étaient en traitement ailleurs sous Subutex® ou alors qu'elles consommaient du Subutex® au marché parallèle, dans la rue. Elles se sont retrouvées en situations de sevrage entre le moment où elles se sont signalées et le moment où on a réorganisé une prise en charge à partir du S.M.P.R. Moi, je trouve que c'est important que les gens aient le choix d'un traitement ou qu'ils puissent maintenir le traitement qu'ils avaient ou le produit qu'ils consommaient avant d'être incarcérés. C'est assez normal que les gens puissent obtenir le produit qu'ils consommaient avant de rentrer. Maintenant, ce sont les U.C.S.A. qui prennent en charge les personnes qui sont sous Subutex® et le S.M.P.R. qui continue à prendre en charge les personnes sous méthadone. Ça reprend lentement mais il faut pas trop dire que c'est possible, c'est quand même toujours compliqué.

...C'est plutôt bien fait... (*Inaudible*)...

### **Eric - ASUD - Nîmes.**

Je m'appelle Eric d'ASUD Nîmes, je voudrais juste rebondir sur la substitution en prison. J'étais à Strasbourg avant et j'ai fait plusieurs séjours à la Maison d'Arrêt de Strasbourg. Le médecin traitant qui me suivait à l'extérieur, qui me donnait mon Subutex®, c'est le même qui me suivait à l'intérieur. Il n'avait pas le droit de continuer le traitement car le directeur refusait. Ce qui fait, qu'il y a eu pas mal de cas d'infections au HIV, à l'hépatite C, parce que les gars qui sortaient en permission, ils revenaient avec des seringues. Ils étaient à 50 sur la même pompe et à force ils se refilaient tous leur virus. Il faudrait peut-être mieux, qu'ils puissent continuer à avoir leur traitement et chacun dans leur cellule. D'accord, ils arrêteront le shoot mais au moins ils ne se passeront pas leur maladie d'une cellule à l'autre. A Strasbourg, la dernière fois où j'y ai été, il y a eu plus de 60 cas, dans l'année, de transmission du HIV, à l'intérieur. Je pense que c'est assez désolant.

### **Jeff FAVATIER**

C'est une réalité, la prise de risque à la sortie de prison, les overdoses, c'est bien clair depuis des années. Dans la vie d'un toxicomane, le moment où il prendra le plus de risque d'overdose c'est à une sortie d'enfermement, que ce soit prison, post-cure, communauté de vie. Ça c'est une réalité. Je crois qu'on ne peut pas l'oblitérer comme ça d'un revers de main parce que je pense que c'est criminogène. Tous ces S.M.P.R. etc. sont plein de beaux discours mais d'un autre côté, il y a des familles, il y a des gens qui ne comprennent pas trop l'intérêt de ces discours puisqu'au final leurs enfants sortent toujours avec les mêmes difficultés, les mêmes problématiques.

Moi, je suis assez perplexe, sur l'idée de : « On sort avec des adresses, un traitement me suit. ». Je vois beaucoup de gens arriver à ASUD (c'est vrai dans le cas d'une libération provisoire), avec lesquels il est difficile de mettre quelque chose en place. Mais même dans d'autres cas, les gens sortent, ils n'ont aucune adresse du tout. Ils arrivent avec leur billet de sortie et se demandent où ils vont pouvoir continuer leur traitement de Subtutex® et où ils vont passer la nuit.

Pour certains, ils ont fait quelques mois ou quelques dizaines de mois. Moi je veux bien que ça se passe correctement mais alors Nice doit être une exception importante. Je n'ai jamais été à Nice.

*(Trois minutes complètement inaudibles)*

#### Jeff FAVATIER

J'ai gardé le micro, parce que j'aimerais qu'on essaie de commencer à aborder les recommandations. Il y a pas mal de choses qui se sont dites par rapport aux « boutiques », par rapport à la prise en charge, à l'accompagnement, à l'interface. C'est un peu difficile de commencer par un sujet précis. On s'en réfère aux notes dans l'ordre chronologique des sujets qui ont été abordés.

#### Michel CASTAGNE

Je veux bien reprendre à partir des notes que j'ai prises. Je ne vais pas tout reprendre bien évidemment, j'en ai trop écrit. Un premier point qui me semble important, c'est celui où on signalait **l'évolution des populations qui étaient accueillies, avec des personnes de plus en plus en difficulté et avec des problèmes psychologiques ou psychiatriques de plus en plus importants.**

J'ai noté ça, parce que je crois qu'effectivement, cette modification va probablement entraîner des difficultés de fonctionnement du fait des problèmes de précarité, de difficultés psychologiques. Je crois que c'est un des premiers points à souligner, si vous en êtes d'accord.

Ensuite j'avais noté **la question de l'accueil et de la fonction de l'accueil.** J'ai trouvé que c'était un des points importants, de rappeler qu'effectivement il y avait toute cette fonction d'accueil, ne pas juger, écouter, savoir comprendre, se positionner dans une attitude la plus neutre et la moins « jugeante » possible par rapport à la personne qui vient dans le lieu d'accueil, je pense que c'était l'un des points importants. Je crois que ça été l'objet d'un échange assez intéressant et important de la part de plusieurs d'entre vous et je crois que ça c'était un des points importants.

Après, il y a eu tous les débats sur **l'accompagnement de demain.** Effectivement la deuxième partie de la question posée dans l'atelier c'est la finalité au-delà de la « boutique » et de la « réduction des risques » et de cette activité qui semble fonctionner très bien partout. **Comment on peut aider ? Comment on peut permettre, ou vers qui on va orienter pour tout ce qui est un travail de prises en charge sociale, éducative, médicale** etc., avec toutes les questions du carnet d'adresses, du partenariat, des recettes que chacun d'entre vous a pu mettre ou pas en place dans son « village », et la façon dont chacun s'est débrouillé. Il y avait là plein d'idées très riches sur ce type de fonctionnement et sur ces méthodes.

En revenant (à 14h00, 14h30), on a fait le constat inverse par rapport à ce que vous disiez sur le CCAA de l'Allier, à savoir que la « boutique » qui est ouverte fonctionne comme un Centre de soins aux toxicomanes, c'est-à-dire que vous avez (un peu) l'activité « boutique », des demandes de prévention, des demandes de soins, des demandes d'entretien, des demandes d'usagers, des demandes de parents.

Je crois que c'est un des points à souligner, actuellement on finance des ouvertures de « boutiques » alors qu'il aurait fallu créer un CSST même s'il n'est pas très important. Ça c'est un des points à souligner car **il est important que dans des communes de petites ou de moyenne importance, on puisse aussi trouver une aide et un soutien par rapport aux problèmes de toxicomanie auxquels elles sont confrontées.**

Il y avait un autre point qui semble extrêmement important, c'est tout **l'ensemble des actions qui doivent être menées par rapport aux quartiers, par rapport aux habitants du quartier, par rapport aux lieux d'implantation des « boutiques » et donc, la nécessité de changer la vision des gens par rapport aux personnes qu'on reçoit.** Ça c'est effectivement un travail de partenariat, même si comme le disait Pierrot on a pas toujours le temps de le faire parce qu'on est effectivement pris par le travail auprès des usagers. Je crois que c'est l'un des points à mettre en avant.

Pour que les « boutiques », les Sleep'in, les lieux d'accueil ne soient pas en permanence montrés du doigt, **il faut qu'ils aient les moyens de travailler auprès des usagers mais qu'ils aient aussi les moyens de travailler auprès de l'environnement, du voisinage.**

Le dernier point que j'ai noté, c'est effectivement toutes **les questions qui étaient posées autour des Maisons d'Arrêt, de la prescription des traitements de substitutions dans les Maisons d'Arrêt** avec toutes les difficultés qu'on connaît dans pas mal d'endroits. Sauf à Nice.

### **Anne-Marie MAISSA - Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation - Nice**

Je participe à En'tracte en tant que partenaire, j'y suis une demi-journée par semaine quasiment depuis l'ouverture, c'est-à-dire à peu près depuis deux ans. Je suis là-bas d'abord par choix personnel parce que ça m'intéressait de voir un peu l'autre côté (moi je vois la personne au tribunal derrière mon bureau, je voulais savoir ce qui se passait côté rue, disons) et puis parce qu'officiellement l'administration pénitentiaire est partenaire de la « boutique » (il fallait un représentant en quelque sorte).

Je suis là-bas pour renseigner les usagers sur leur situation judiciaire, sur les procédures : que faire quand on a une condamnation, qu'on ne s'est pas présenté au tribunal ? Faire le lien avec mon service, parce que beaucoup sont suivis chez nous, ne se présentent pas, ne savent pas où aller pour diverses démarches. Jusqu'à présent ça se passe relativement bien, il y a pas mal de demandes. La « boutique » est anonyme, mais les usagers qui font ce type de demande me donnent leur nom de famille sinon je ne peux pas les renseigner. Ça reste confidentiel, je les renseigne, je leur dit : « Tu peux faire telle chose, tu dois faire telle chose, si tu veux éviter ça. », notamment les peines d'emprisonnement, ils le font ou ils ne le font pas, c'est un autre problème. Le choix leur appartient, moi, je leur ouvre une porte, je leur explique ce qu'ils peuvent faire, ce qu'ils doivent faire. Ils le font ou ils ne le font pas et les conséquences, ils les connaissent. Ça fonctionne bien, je pense que je suis bien acceptée dans la « boutique » quoiqu'il y ait eu des incidents de temps en temps, mais après ça passe, on peut s'expliquer. Je vais continuer parce que ça m'intéresse énormément. Il y en a beaucoup que je vois passer dans mon service sans connaître leur nom que je revois à En'tracte ou l'inverse. On se dit bonjour, on se tutoie mais ça ne va pas plus loin. Je ne sais pas, je ne connais pas leur situation, c'est après que la demande vient « je suis suivi au Comité de probation, mais est-ce que tu peux m'expliquer ça. ». Petit à petit on fait connaissance.

Ce que je voulais dire sur les « boutiques », c'est que je pense que le fonctionnement des « boutiques » est très local, en fonction de la géographie de la ville, de la population de la ville, du type de population, du type d'usagers. On ne peut pas uniformiser tout ça à mon avis, même si on peut avoir une direction générale.

### **Jeff FAVATIER**

Je vais me permettre de vous couper, car c'est une des demandes de la D.G.S. de formaliser.

### **Anne-Marie MAISSA**

La « boutique » de Nice, puisque d'autres ne fonctionnent pas de la même façon, je crois, qu'il est important qu'elle continue comme ça parce que c'est une espèce de liberté, vraiment de liberté. C'est sûr que, peut-être, on ne suscite pas beaucoup la demande, mais on est pas passif pour autant parce qu'il y a des gens qui peuvent demander, au bout... de trois ans de fréquentation de la « boutique ». Il y en a ça sera peut-être cinq, six mois. C'est peut-être des gens qui ont des évolutions très lentes et complètement différentes les uns et des autres. Moi, je pense que la « boutique » de Nice est un endroit où chacun peut s'exprimer, peut ne plus revenir pendant six mois, revenir après quand il a un problème, il sera toujours bien accueilli.

### **Jeff FAVATIER**

Par rapport au problème avec le voisinage, est-ce qu'il existe encore des problèmes avec les « flics », est-ce que ça c'est régularisé. Est-ce que des usagers, au moment de sortir de la « boutique », se font arrêter devant la porte ou à cent mètres ? Ou encore, des « flics » (c'est arrivé à Marseille) qui sont intervenus au Sleep'in, je crois. Est-ce que ça c'est produit récemment ou est-ce que ça se produit de façon régulière ? Est-ce que c'est un des points qu'il faut souligner ?

### **Lilette PERRIER**

Il est arrivé qu'à l'hôpital, on ait la visite des services de police, à la fois parce qu'ils venaient pour des motifs variés (on vous a adressé quelqu'un pour qu'il se soigne, on va voir s'il est bien venu, est-ce qu'on peut rentrer ?...). Moi, j'interdis l'accès à la structure, comme il y a un jardin, ça permet de les repérer et de les arrêter avant qu'ils entrent.

C'est compliqué... un jour la brigade des stupéfiants a planqué pendant quatre, cinq jours devant le service. On ne les a pas repérés car ils se « planquaient » dans une petite camionnette blanche qui ressemble à la camionnette qui nous livre le petit déjeuner.

Moi, j'ai cru que c'était la camionnette qui était en panne ou un truc comme ça. Jusqu'au moment où ils ont interpellé un certain nombre de personnes dans l'ensemble de l'hôpital.

Renseignements pris, les services de police n'ont pas le droit de faire de « planque » sans l'accord du directeur d'établissement. Personne n'était au courant, ni la direction, ni nous bien sûr, ça c'est évident.

Le lendemain, on a fait les unes des journaux qui disaient qu'il y avait un trafic de cocaïne à l'hôpital Sainte-Marguerite. L'institution n'a pas démenti d'ailleurs. C'est compliqué de dire, quand on vient nous demander si on connaît un tel, si un tel est venu, que le secret professionnel ça s'adresse à la totalité des équipes, à la totalité des catégories professionnelles. On est pas là pour faire office de renseignement. Pour résumer, il y a eu un petit peu l'invasion.

#### **Pierrot KUNEGEL**

Je voudrais encore une fois jeter le pavé dans la marre. C'est vrai qu'avant de travailler au Sleep'In, j'étais comme beaucoup d'entre vous, dès que j'entendais le mot police, je partais en courant. En travaillant au Sleep'In et ayant à exclure des gens qui ne veulent pas sortir du lieu et qui sont sous 50 ou 100 Rohypnol, plus l'alcool, plus le cannabis, plus le Subutex® injecté à quatre ou cinq fois 8 mg et qui vous sortent un couteau grand comme ça et vous disent : « Moi si tu me sors, je rigole... » , là on est bien content de faire appel à la Police. Ils font leur boulot, ils sont dans la répression, on est dans la prévention et la réduction des risques. Je crois qu'il y a des gens hyper compétents à la police. Il y en a qui planquent derrière les automates et qu'on dénonce parce que ces gens là doivent être dénoncés, exclus de la police. Il n'y a pas l'ombre d'un doute. Ils ont une approche de la délinquance qui est telle, qu'ils ne seront que nuisibles, c'est clair. Il y en a qui sont tout à fait censés, tout à fait ouverts aux problèmes de toxicomanie et qui nous indiquent, à nous intervenants de terrain des lieux d'injection qu'ils repèrent ou des lieux de « deal » ou des lieux de regroupement de personnes de façon à ce que nous, travailleurs sociaux, on puisse entrer en contact avec eux.

Je pense que dans les pays du nord de l'Europe, maintenant, ils sont assis à la même table, les pouvoirs publics, les « dealers », les consommateurs, les policiers et les travailleurs sociaux. Je crois qu'ils sont en avance et ont une approche qui est de loin très supérieure en matière de toxicomanie. C'est un petit peu mon avis sur la question.

#### **Jeff FAVATIER**

Est-ce qu'on peut souhaiter qu'il y ait une meilleure concertation entre les « boutiques » et les services de police ?

#### **Pierrot KUNEGEL**

Je crois que de toute façon, il faut un jour ou l'autre y arriver. A Marseille, on a la chance d'avoir une brigade spéciale qui s'appelle Unité de Prévention Urbaine. Ce sont des policiers en civil qui n'ont pas d'armes. Ils interviennent dans les lycées et font des sorties bateau avec les « minots ». Ils leur apprennent à mettre le casque plutôt qu'à cogner la tête sur une voiture ou un trottoir ou ils leur apprennent à avoir l'intelligence de ne pas trop consommer de cannabis, même s'ils en consomment un petit peu, à ne pas boire trop d'alcool, même s'il en consomment un petit peu. Ce sont des gens qui sont sur une « histoire » de prévention. C'est vrai qu'à Marseille on est doté de ce service là : l'UPU.

#### **R. BOGIAN**

Sur la question de faire appel à la police... il y a un moment où la loi, c'est la même pour tout le monde et quand il y a une transgression on doit pouvoir le faire. Par contre, faut-il en faire une recommandation ? Je crois que ces choses là, ça se gèrent localement. A Marseille, ce n'est pas la même chose qu'à Toulouse. A Carcassonne, ce n'est pas la même chose qu'à Clermont Ferrand à mon avis. Le fonctionnement des quartiers dans lesquels sont situées les « boutiques » n'est certainement pas le même, qu'on soit dans une ville ou une autre. Il n'est pas question de mettre la police à l'écart de ce qu'on fait, parce qu'on est soumis à la loi, aussi.

#### **Jeff FAVATIER**

Je ne suis pas tout à fait d'accord, je pense que c'est un faux problème. Exclure, associer aux discussions, c'est exactement pareil que le carnet d'adresse, ça peut être variable et changeant d'un individu à l'autre.

Je crois que le vrai problème, c'est un problème de cadre administratif.

Tant qu'il y aura la loi de 70, tant que des gens auront une représentation de délinquance vis-à-vis des usagers de drogues, il y aura toujours une partie de la population qui aura un regard d'exclusion, de jugement vis-à-vis de ces personnes là, d'a priori, de peur parfois intense...

On peut bidouiller, je pense qu'on a pas le choix des solutions sur le terrain, localement. Je pense par contre pour le coup de la recommandation.

#### **Participant - ACTES - Nice**

Pour en revenir à Nice, la Préfecture et la Sous Préfecture font partie intégrante du Comité de Pilotage. Le Sous Préfet siège aux Comités de Pilotage qui ont lieu et un accord a été passé entre la « boutique » et la police de Nice (police nationale). Ils n'ont pas le droit de venir voir la « boutique », ils ne circulent pas dans le quartier où la « boutique » existe.

C'est un accord passé avec eux. Il n'y a pas de contrôle de papiers, il n'y a pas de fouille, rien du tout. La police, on ne la voit quasiment jamais, sauf, si on l'appelle, si les salariés de la « boutique » sont en dangers, ils sont en mesure d'appeler. On a un numéro direct avec le commissaire principal. C'est vrai qu'il y a un arrangement, les « flics » ne circulent pas dans le quartier. Le seul problème qu'on a maintenant, c'est des problèmes de pétitions du voisinage. Une enquête a été menée, il n'y a pas longtemps avec Médecins du Monde qui avait l'intention de s'installer en face de la « boutique ». On a fait une petite enquête de voisinage et en règle général, les voisins disaient : « Nous ça ne nous dérange pas, c'est bien de s'occuper des toxicomanes, des personnes S.D.F., en précarité,... mais peut-être pas à côté de chez nous ». C'est vrai qu'on a eu trois pétitions sur le dos où ils demandaient la fermeture de la « boutique » parce que voir 30 personnes se balader avec des chiens, des tatouages, des coupes punks, ça faisait mauvais genre à Nice, dans un quartier commerçant. C'est vrai qu'on est en plein cœur de Nice. On est dans une rue relativement chic à Nice, mais c'est un choix qu'on a fait, en s'installant où les toxicomanes étaient. On ne peut pas s'installer à la Montagne parce qu'ils ne viendraient pas. C'est vrai qu'on a plus de problèmes avec le voisinage qu'avec la police car la police n'a pas le droit de circuler là où on travaille.

#### **Participant - Pause Diabolo - Lyon**

Je voulais intervenir par rapport à la première résolution qui notait qu'il y avait une augmentation des troubles psychiatriques et de la souffrance psychique chez beaucoup d'usagers toxicomanes. Ce que j'aurais voulu qu'on discute, s'il nous reste un peu le temps c'est que dans les hôpitaux psychiatriques, la méthode utilisée pour le sevrage, c'est la **neuroleptisation** ? Il n'y a pas de programme Subutex®, il n'y a pas de continuité du soin à ce niveau là. C'est même des choses que l'on retrouve dans les hôpitaux généraux. Ça pose de manière beaucoup plus vaste, le fait que des « boutiques », (je travaille à Pause Diabolo à Lyon à mi-temps, et pour l'autre mi-temps, dans un hôpital psychiatrique en tant qu'infirmier), ont en partie pour mission de restaurer le droit commun, l'accès au droit commun pour les soins, notamment pour toxicomanes. Or, il se trouve que dans la réalité, dans les hôpitaux, (pas simplement les hôpitaux psychiatriques mais aussi hôpitaux généraux), c'est totalement nié, bafoué. La structure de soins, le programme de soin, le cadre du soin tels qu'il sont conçus font que le toxicomane en est exclu. Dans les hôpitaux psychiatriques où je bosse, quand je vois arriver quelqu'un qui est dans la toxicomanie, il tient deux jours et il fait en sorte de rompre, d'enfreindre la loi du service de manière à être exclu de l'hôpital.

#### **Jeff FAVATIER**

Est-ce que par rapport à ces situations, puisque à priori vous avez un pied dans chaque domaine, vous avez des recommandations, des suggestions à formuler sur un travail de mise en commun (ou autre) qui pourrait améliorer les choses ?

#### **Participant - Pause diabolo**

La première chose sur laquelle je ne cesse de me battre, ( ça m'a valu quelques ennuis avec mes médecins supérieurs mais enfin ce n'est pas grave )... un diabétique, quoiqu'il fasse, on ne lui supprime pas son insuline alors pourquoi un toxicomane, s'il est hospitalisé on lui supprime son Subutex®. Ça, je n'arrive pas à percevoir, alors déjà la première des recommandations à faire, c'est de dire que **tout toxicomane qui est sous programme de Subutex®, doit pouvoir continuer son Subutex®, quelles que soient les conditions d'hospitalisation et quelle que soit la pathologie dont il souffre.**

La deuxième chose, c'est au niveau de la psychiatrie, je ne dirais pas que tous les toxicomanes ont des problèmes psychiatriques, en tout cas on retrouve et de plus en plus...



---

# Atelier n°2

---

## « Quels projets pour quels publics ? »

*« Il va de soi qu'un certain nombre de choses a changé depuis l'ouverture de la première « boutique » en 1993 :*

- le public, à divers titres : situations sociales, meilleure connaissance des dispositifs, accès aux produits de substitution, mise en pratique des messages de prévention,*
- les pratiques : le nombre « d'injecteurs » diminue, la fréquence des injections augmente, les produits utilisés ne sont plus les mêmes, « Quasi disparition » de l'héroïne au profit de la cocaïne, du Subutex « détourné », des mélanges divers (associant l'alcool, les benzodiazépines, etc.).  
Les usagers fréquentent plus (mieux ?) les dispositifs.  
Les projets, qui s'adaptent aux évolutions des publics ; travail de rue, vacations (juridiques, esthétiques...) et permanences diverses (psychologiques, sociales, autres structures...) ouverture vers l'extérieur...*
- Les objectifs, qui suivent ces évolutions. De fait, les « boutiques » ne sont plus, ne peuvent plus être aujourd'hui ce qu'elles ont été. Faut-il que les « boutiques » suivent les évolutions et comment peuvent-elles le faire ? »*

**Animateur :**  
**Madame Sylvie POUGET – Accueil Info Drogue -**  
**CARCASSONNE**

**Rapporteur :**  
**Monsieur FAVOT – ACTES - NICE**

*Du fait d'un problème technique, l'enregistrement démarre après le début de l'atelier*

## Le matin

---

...

### **Sylvie POUGET - Accueil Info Drogue - Carcassonne**

...rediscuter aussi de la cohabitation des différents publics, de la spécificité des projets.

Les « boutiques » n'ont, sans doute pas toutes été ouvertes pour les mêmes raisons et les besoins qui ont justifié leur création, sont différentes selon les villes et les associations qui les portent. Le dernier élément qui, nous semble-t-il pourrait faire un débat, c'est le thème de l'évolution. Nous nous accordons à dire que depuis 1993, date d'ouverture de la première « boutique », les choses ont changé, nous les intervenants, nous nous obligeons à changer et le constat d'aujourd'hui est que tout s'accélère, notamment autour des nouveaux produits ( ces fameuses drogues de synthèse ), de leurs effets si inconnus pour nous et des conséquences différentes de celles des « bons vieux » opiacés qui nous étaient familiers. Mais comme toujours les toxicomanes ont quelques mètres d'avance sur nous et nos projets. Nous tenterons donc d'être dans le domaine de la réduction des risques en tout cas, à peu près en phase avec eux. Ce dont Jean-Marc va nous parler maintenant.

### **Jean-Marc ARBIOL – Intermède, Clémence Isaure - Toulouse**

J'ai bien retenu qu'il fallait être bref, c'est plutôt une bonne chose parce que c'est souvent le temps de débat qui manque à ces réunions. Cette fois ci on aura un peu plus de temps.

Je voudrais dire deux mots pour démarrer puisqu'on parle de projet pour le public. Evidemment, qu'on construit toujours un projet par rapport à un public visé. Ce qu'il faudrait se remettre en mémoire, c'est le contexte qui prévaut au moment de la création du premier lieu d'accueil pour toxicomanes actifs, fin 1992 par l'A.M.P.T. et le service Transit. C'est pas le premier lieu de réduction des risques, c'est pas la première action de réduction des risques, mais c'est la première « boutique ». Des projets visant la réduction des risques existaient déjà depuis 1990, depuis les années 90 voire un petit peu avant, ensuite sous forme d'unité mobile, les bus dans lesquels des usagers, des ex-usagers, et des organisations humanitaires, d'auto-support etc. étaient très actifs et fortement mobilisés. Dans le même temps de nombreux intervenants spécialisés en toxicomanie s'opposent à l'idée de distribuer des seringues aux toxicomanes. Je voudrais, pour illustrer ça donner une petite citation qui émane d'un directeur d'un centre spécialisé : « Quand on est prêt à jongler avec les folies, la prison, la mort, on peut tout autant jongler avec le sida. ». Ça fait un petit peu frémir quand on l'entend maintenant, il faut le reporter dans le contexte. C'est pour dire qu'il y avait quand même une opposition un petit peu surréaliste à ce moment là. Fort heureusement le concept de la réduction des risques ne reste pas à l'état d'épouvantail et les premiers lieux d'accueil qui vont se créer le seront à l'initiative de centre de soins spécialisés. Transit avec l'A.M.P.T. à Marseille, ensuite par l'Association Charonne à Paris, un lieu qui s'est appelé la « boutique » (qui est devenu le terme générique de ces lieux d'accueil) et ensuite le troisième lieu à ouvrir c'était Intermède à Toulouse par l'association Clémence Isaure. Aujourd'hui, je crois qu'il y a un peu plus de 40 « boutiques » dans le pays.

Pour vous parler du contexte,... pas de sida, pas de réduction des risques, sans réduction des risques pas de « boutiques ». Je précise ça parce que c'est quand même une urgence sanitaire qui amène à se préoccuper des toxicomanes qui ne sont pas demandeurs de soins. Les projets viennent de l'urgence à enrayer l'épidémie du VIH chez les toxicomanes. Le premier projet générique c'est : « sauvons les ». La première chose à faire est de mettre du matériel d'injection à disposition et pour ce faire aller à la rencontre du toxicomane, d'où les unités mobiles, les bus etc. Le public visé est essentiellement celui des toxicomanes qui utilisent l'injection.

Pour ce qui concerne les « boutiques », la mission première de réduction des risques demeure évidemment, mais s'enrichit des possibilités qu'offrent ces lieux d'accueil, des services très concrets tels que les soins infirmiers, les consultations médicales, sociales, juridiques etc.... La mise à disposition de douches, de lave linges, de petite restauration, voire d'hébergement pour certains, en fonction de la spécificité de chaque dispositif.

Pour en dire d'avantage, je prends l'exemple que je connais le mieux, c'est-à-dire Intermède. Tout d'abord une précision qui a son importance, nous avons décidé, lors de l'élaboration du projet, que ce lieu accueillerait les toxicomanes, certes, mais quelles que soient leurs pratiques. C'est-à-dire que pour nous il était clair dès le départ que le lieu ne devait pas s'adresser uniquement aux injecteurs mais devait pouvoir accueillir aussi les gens qui sont sur d'autres pratiques.

Ici, actuellement la proportion des personnes pratiquant l'injection se situe entre 40% et 50% de l'ensemble du public accueilli. Les autres sniffent, fument, consomment par voie orale. Le projet originel d'Intermède est d'entrer en contact avec les toxicomanes les plus marginalisés. A cette époque là on estimait que près de la moitié des toxicomanes était hors de tout contact avec les structures spécialisées, évidemment, mais aussi avec les dispositifs de droit commun, les hôpitaux, assistantes sociales, Sécurité Sociale, la C.A.F., etc....

Si on se replace quelques années en arrière, on sait combien il a fallu batailler, créer des réseaux, imaginer, inventer des passerelles pour que les gens puissent avoir accès à l'hôpital comme tout le monde, pour que les gens puissent avoir accès aux droits du quidam moyen. Il s'agissait, en clair, de personnes qui cumulaient toxicomanie et précarité. Nous avons articulé notre projet d'accueil autour de trois objectifs principaux qui sont, évidemment :

1) La réduction des risques liées aux usages, c'est ce qui fonde l'action.

2) Etre également un lieu où potentiellement on allait pouvoir créer du lien, par l'adaptation du service, c'est-à-dire que la « boutique », il fallait qu'elle soit près des centres de vie du centre ville, des toxicomanes de la rue, donc près des lieux de « deal », près des endroits où ils se trouvent.

3) Il fallait que l'accueil (une formule que je trouve horrible, c'est le « seuil bas d'accès », nous on préfère parler de « seuil adapté »), objectif, qui n'est pas des moindres aussi, c'est à partir de l'accueil, du contact qu'on peut avoir avec les gens, du lien qu'on peut créer, de pouvoir ouvrir.

Dans l'atelier n°1, ils vont beaucoup parler de cette question, c'est : « étape ou finalité ». Est-ce que les « boutiques » se transforment en cul de sac et aident à la chronicisation en quelque sorte ou est-ce qu'au contraire, ce sont des lieux qui permettent de rebondir ? Donc c'est le pari, les objectifs sur lesquels on a « calé » toutes nos actions. Je dis brièvement, nos actions : c'est à la fois l'accueil évidemment, c'est de l'hébergement par des nuitées d'hôtels et c'est également un travail de rue et de partenariat très important. D'ailleurs, je dirais que c'est peut-être la partie qui se développe le plus actuellement. Nous allons dans cet atelier évoquer les changements, les évolutions et parler de la nécessité pour les dispositifs de s'adapter aux nouveautés de tout ordre intervenues dans le champ de nos pratiques. L'intitulé de l'atelier s'inscrit au pluriel « projets et publics » avec un point d'interrogation qui suggère le mouvement. Je pense en effet que la pertinence et la pérennité de l'action menée à partir des « boutiques » tient à leur capacité d'adaptation, c'est d'ailleurs, ce qui s'est passé dès l'origine. Les centres de soins créent les premières « boutiques » donc s'adaptent (et pour eux ce n'était pas évident), à une réalité et un contexte particulier. On passe du travail autour de la demande du toxicomane, à un travail de proximité où l'on propose, avant que l'utilisateur ait besoin de formuler quoi que ce soit, ce qui ressemblerait à une sacro-sainte demande. Et si aujourd'hui tout le monde fait le constat que les « boutiques » remplissent bien leurs objectifs, c'est évidemment qu'elles sont bien adaptées au besoin du public qu'elles accueillent et aux missions qui leur sont confiées.

On parle d'évolution, de changement, mais en fait qu'elles sont les évolutions marquantes depuis 93, depuis 92, depuis l'ouverture de la première « boutique » ? Je prends la plaquette parce qu'il y a toute une série de choses déclinées, on y lit (si vous avez la plaquette dans l'atelier n°2) : « Il va de soi, qu'un certain nombre de choses a changé depuis l'ouverture de la première « boutique », le public à divers titres... ». Comme je le rappelais dans nos objectifs, *le public* a changé mais ça, ça dépend de l'option de départ des gens qui ont monté les « boutiques ». Si l'objectif c'était d'être calé stricto-sensu sur la mission, c'est-à-dire prévention des risques/contamination sida donc échange de seringues, donc public injecteur c'est une chose. Si on fait le pari d'entrée que ce sont les lieux qui intéressent les gens dans leur ensemble qui se reconnaissent ou qui se sentent une appartenance sur la question de la toxicomanie, c'en est une autre. Donc, est-ce que c'est une nouveauté ou pas ? Je pense que pour certains, c'est une nouveauté de se dire il y a d'autres publics à toucher chez les toxicomanes que les injecteurs, pour d'autres « boutiques » ça n'est pas une nouveauté parce qu'elles le pratiquent déjà depuis le début.

Qu'est-ce qui a changé ?

*Meilleure connaissance du dispositif, accès aux produits de substitution...* très intéressant comme question. Les produits de substitution... donc on a méthadone, on a Subutex® en médecine de ville. La méthadone, la plupart du temps est prise dans des fonctionnements qui permettent du personnel, qui permettent du contact avec l'assistante sociale, etc. qui ne se limitent pas à une délivrance de produits. Le Subutex® est arrivé avec, sous couvert de réduction des risques. Mon opinion, c'est qu'en grande partie, les risques qu'il était chargé de réduire, il les a augmentés. Je pense que c'est dû à un manque d'audace dans les moyens mis en œuvre. Pour aller au bout des choses, je pense concrètement que si on avait « sorti » un Subutex® tel qu'il est et puis un Subutex® qui soit injectable, là on aurait participé à la limitation des risques parce que si on imaginait « filer » un produit qui théoriquement ne s'injecte pas et que tranquillement ce produit allait prendre une place thérapeutique auprès du toxicomane, etc., c'était un leurre fabuleux qui a montré rapidement ses limites.

Un petit exemple pour illustrer, c'est qu'à l'arrivée du Subutex®, il y a deux événements qui se passent de suite, le premier c'est que l'état sanitaire, l'état veineux (pour être très clair) des gens qu'on accueille se détériore à vitesse grand V, comme on le voyait au début de l'action d'ailleurs. On voyait les abcès etc.

Les choses s'amélioraient pas mal, le Subutex® arrive, les gens qui injectent continuent à injecter, en plus il est très facile d'injecter, ça se dilue comme un rien et les gens se « bousillent » les veines à vitesse grand V. Deuxième conséquence, la mafia s'organise, (là c'est pour le Sud, dans le Nord la réalité est différente), il n'y a plus beaucoup d'héroïne qui circule, dans la rue le Subutex® prend une place sur le marché noir, du coup la cocaïne arrive.

Il faut bien quand même qu'ils conservent leur bénéfice. La cocaïne arrive, accessible à des gens qui n'en consommaient que très occasionnellement, en tout cas qui ne leur était pas très accessible à l'époque. Ça, on l'a constaté partout, enfin, avec les collègues avec qui j'ai pu en discuter. L'arrivée de la cocaïne, s'est fait sentir dans l'ensemble du pays.

Ensuite, autres évolutions marquées, *les pratiques*, le nombre d'injecteurs diminue. Ça pose question car je n'ai aucune étude qui corrobore ça. Je ne suis pas du tout sûr que le nombre d'injecteurs diminue, par contre la fréquence des injections augmente, ça c'est une réalité incontournable. Toujours pour illustrer, à partir de ce que je connais le mieux, sur l'an dernier, Intermède avait distribué un peu plus de 50 000 seringues. C'est 10 000 de plus que l'an passé avec grosso-modo la même file active, c'est-à-dire avec le même nombre de personnes différentes dans l'année et la même quantité d'accueil, aux alentours de 50 par après-midi. Effectivement, la fréquence des injections augmentent, on est pas là pour développer là-dessus mais c'est certainement dû à la détérioration du capital veineux, c'est dû aussi aux injections de la cocaïne etc., et donc *les produits utilisés ne sont plus les mêmes*. Là aussi, je mettrais quelques réserves. Ils ne sont plus les mêmes mais ce ne sont plus les mêmes que ce qu'on voyait (peut-être) quand on était limité aux héroïnomanes. Des gens qui consomment des benzodiazépines associés à l'alcool, il y a longtemps que ça existe. La nouveauté là dedans, c'est plutôt tout ces produits de synthèse et l'utilisation de psychostimulants, (au passage notre nouveauté c'est la disparition de l'Orténal qui a été durement vécu par pas mal de toxicomanes). Donc on a été de la quasi disparition de l'héroïne au profit de la cocaïne et du Subutex® détourné et des mélanges divers.

*Les usagers fréquentent plus ou moins les dispositifs*, je pense que c'est une réalité ça aussi. Effectivement le travail, la partie de mission de la « boutique » sur le travail d'accès a porté ses fruits, je pense pour une grande partie. L'arrivée de la substitution a eu un effet bénéfique de ce côté là aussi, puisque beaucoup se sont mis à ce moment là en quête de papiers pour pouvoir obtenir la « carte santé » de l'époque. On continue avec les projets qui s'adaptent aux évolutions des publics, travail de rue, vacations juridiques, esthétiques, etc. Même remarque, pour ce qui concerne d'autres lieux aussi, les vacations juridiques existent depuis le début. Il faut garder en tête que bon nombre d'entre nous ont d'entrée voulu ouvrir à l'ensemble des toxicomanes, donc pas limiter aux injecteurs, et donc toute une série de services qui étaient en projet et qui se sont concrétisés du fait aussi des possibilités qu'offre un espace. Parce que la « boutique » c'est un espace où on peut accueillir les gens, on a le temps de faire connaissance, on a le temps de s'intégrer. On essaie de trouver les adaptations nécessaires pour que le travail puisse être cohérent. Après, on dit que *les objectifs qui suivent ces évolutions*, donc sous-entendu, que les objectifs devraient évoluer aussi. Donc, que les « boutiques » ne devraient plus être ce qu'elles ont été parce qu'il faut qu'elles s'adaptent.

Je pense, et je vais l'illustrer par un petit exemple, que l'adaptation qui nous semble importante sur Toulouse c'est de pouvoir, rentrer en contact, créer du lien et voir quel travail de réduction des risques on peut faire avec ce qu'on appelle les nouveaux publics, c'est-à-dire les jeunes utilisateurs de psychostimulants, les jeunes qui vont dans les raves, les free party etc. qui s'envoient des produits assez « costauds » bien souvent. C'est un phénomène qui couvre des réalités assez surprenantes. Depuis quelques mois, on a de plus en plus de ces jeunes qui viennent dans le lieu. Un travail a été fait, on s'est rendu dans les raves, il y a des jeunes qui ont été relays entre la structure et l'équipe et les squats où se trouvaient les autres jeunes. On connaît de plus en plus de ces jeunes là qui arrivent. Quand on rencontre les jeunes, on fait un premier accueil, on fait connaissance et on propose un questionnaire, et on s'aperçoit qu'un certain nombre d'entre eux vivent aussi des pratiques d'injection mais le plus souvent caché des autres. C'est assez étonnant à voir aussi. C'est des gens qui ne se reconnaissent pas comme toxicomanes. Ils sont utilisateurs de produits, j'ai l'impression, (on n'a aucune certitude, on est vraiment dans la recherche) que pour beaucoup, ils se situent aussi dans la lune de miel avec le produit, la lune de miel qui existe pour tout le monde au départ : « c'est super ça créé des sensations extraordinaires, des émotions que l'on ne vit pas autrement », avec des réalités tout à fait différentes du toxicomane, (on va dire classique) qu'on pouvait recevoir qui est plutôt dans l'isolement. Là on a plutôt des jeunes qui fonctionnent en groupe, qui réinventent des micro-sociétés.

Je vais conclure, en disant que c'est à chacun d'évaluer si son projet nécessite des adaptations permettant la cohérence entre la mission et les pratiques et ce en fonction des contextes particuliers. C'est pas pareil une « boutique » qui se situe dans une ville de 200 000 habitants d'une « boutique » qui est dans une ville de 30 000, il y a certainement des différences de contexte qui font que les pratiques sont différentes aussi.

Je voudrais insister sur la nécessité de conserver nos spécificités, c'est-à-dire : accueil de toxicomanes, d'usagers de produits dans un cadre assez adapté, des lieux où on est pas des antichambres de centres d'accueil et de soins, il ne faut pas se « planter » non plus.

On est des lieux qui doivent permettre l'ouverture, les gens ne doivent pas venir, ni être reçus avec « les sous-jacent » qui sont : « quand est-ce que tu arrêtes ? , faut te soigner etc. ». C'est des choses que l'on pratique dès le début, on sait que c'est comme ça, et c'est des mises en garde.

Si vous lisez le compte-rendu des premières journées « boutiques », c'était une question où souffle beaucoup d'idées qu'on avait, (comme par le passé), que ces lieux-là, allait petit à petit se transformer en centres de soins. Je pense que ce n'est pas le cas et c'est une bonne chose. Chacun doit avoir sa place pour que les choses puissent évoluer, pour que les gens se retrouvent. Si je parle de spécificité aussi, c'est parce que je pense que c'est pas le mélange des publics qui est dérangeant mais plutôt l'antagonisme, le sentiment de n'avoir rien à faire les uns avec les autres et qui produisent du rejet. On le voit régulièrement dans le lieu, parce qu'inversement ce qui marche, c'est aussi le sentiment d'appartenance, qui permet au mieux la solidarité et au pire la cohabitation. Il est nécessaire qu'il existe un minimum d'esprit communautaire et pour cela des intérêts communs sont indispensables. Le concept « d'accueil à seuil adapté » a d'ores et déjà fait les preuves de son efficacité. Le monde change, le contexte évolue, les questions qui se posent aux équipes sont certainement plus fines et complexes aujourd'hui. De fait, pour que les projets restent dynamiques, il est impératif que les moyens suivent de façon conséquente, au risque de tous nous retrouver la prochaine fois dans les ateliers n°1 et n°3. L'atelier n°1 « cul de sac et chronicisation pour les accueillis » et l'ateliers n°3 « usures et vieillissement professionnels pour les équipes ».

Je vous remercie.

### **Sylvie POUGET**

Merci, Jean-Marc de t'être exposé, finalement parce que je crois que tu es le premier à nous parler de ce qu'est ton travail dans le quotidien, puis des positions que tu prends très courageusement. Voilà, je vais me diriger vers vous, s'il y a des questions, des commentaires ? La parole est à vous et je vous propose de vous en saisir.

### **Djawad GUERROUDJ - Médecins du Monde - Marseille**

Je me présente, Dr Gueroudj, je représente Médecins du Monde, le programme échange de seringues et accessoirement aussi le bus méthadone. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt ce qu'il vient de raconter parce qu'on vit un peu la même situation à Marseille où on constate effectivement qu'on a moins de public mais qu'on distribue aussi plus de seringues, probablement pour les mêmes raisons, c'est-à-dire l'augmentation de la consommation de cocaïne.

Sur cette augmentation de la consommation de cocaïne, je voudrais quand même rappeler qu'au niveau des échanges internationaux, il y a un déséquilibre entre la surproduction d'héroïne en Europe et la demande qui existe encore aux Etats-Unis et l'inverse, une sous consommation de cocaïne en Europe et une surproduction en Amérique. La mondialisation fait qu'effectivement ça arrange un tas de gens de nous « fourguer » un peu leur surplus de cocaïne, d'autant plus que la cocaïne est le seul produit qu'on peut prendre avec le Subutex® pour se faire un petit shoot supplémentaire occasionnel. Là où je suis plus tempéré, c'est sur l'impact de la substitution quant à la santé des usagers. A Marseille, on a constaté que depuis la substitution, il y a une amélioration qualitative très nette des usagers, qu'il y a effectivement, une part qu'on n'arrive pas très bien à quantifier (qui va de 30% à 50%) de gens qui prennent du Subutex®, qui se l'injectent. Marseille, c'est une « zone d'injection », on s'injecte un peu n'importe quoi, c'est donc plus visible qu'ailleurs. Et c'est vrai que ces gens-là ont vu leur santé se dégrader un peu. N'empêche que globalement, je pense que le bilan est très satisfaisant pour eux. Et que le Subutex® soit disponible de la façon dont il est disponible, à mon avis du point de vue sanitaire, c'est un plus, c'est pas un moins.

Quant à l'adaptabilité des réponses et cette histoire de seuil d'adaptabilité, nous à Marseille, on a mis en place un bus méthadone, qu'on appelle « bas seuil ». Nous, la formule, ne nous plaît pas non plus mais on l'a transformé, on dit pas « seuil d'exigence », mais « haut seuil de tolérance ». C'est vrai que dans un premier bilan très rapide, on peut dire que la plupart des gens qu'on inclut sur le bus méthadone bas seuil, ce sont des gens qui viennent parce qu'ils s'injectent du Subutex® et qu'ils en ont marre. Voilà ce que j'avais comme réflexion à apporter.

**Jean-Marc ARBIOL**

Je voudrais juste apporter une précision à propos du Subutex®, je ne voudrais pas diaboliser le produit en lui-même parce que c'est qu'un produit. On sait bien que ce n'est pas le produit qui fait le toxicomane. Ce que je pense du Subutex®, c'est que les gens qui sont dans une démarche de changement, quel qu'il soit, même qu'on peut considérer comme très infime, les gens qui rentrent dans une démarche et dans un esprit minimum de changements, je pense que c'est un outil indispensable et très efficace à ce moment là. Là où c'est compliqué, c'est la façon dont on l'a mis sur le marché avec juste une consultation médicale, on s'aperçoit de choses aberrantes. On voit des gens qui ont leur prescription de Subutex®, agrémentée d'autre chose parfois par un toubib et qui n'ont jamais montré les abcès qu'ils avaient aux toubibs, et qu'ils n'ont aucun examen clinique hormis cela. Je pense que ça aurait été pas mal d'imaginer un cadre un peu plus efficace pour l'administration du Subutex®.

**Docteur DE SEVERAC - Centre Dr Casanova, SOS DI - Marseille**

Pour continuer sur ce type de débat, en fait le problème, ce n'est pas le Subutex®, le problème c'est l'absence de substitution injectable et étudiée pour. J'ouvre ça, si ça intéresse d'autres gens. Je suis le Docteur de Séverac et je travaille dans un CSST, le centre Casanova à Marseille.

**Sylvie POUGET**

Est-ce que quelqu'un voulait réagir à ce qui se disait ?

**Bruno TANCHE - AMPT - Marseille**

Je voulais dire simplement, deux mots sur ce qui était évoqué, et ce qui était questionné. Quand même cette histoire de voie intraveineuse est un problème très important, il semble que la diminution du nombre de personnes utilisant la voie intraveineuse soit véritablement avérée. Ce sont quand même les chiffres des CEIP, les chiffres de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies. Par contre, ce qui est vrai, c'est ce que nous a expliqué Jean-Marc, c'est que moins de gens injectent mais ils injectent plus, pour des questions de capital veineux, de fractionnements liés à la cocaïne et à d'autres substances. Je crois que c'est quelque(s) chose(s) sur lesquelles, il n'y a pas vraiment lieu de s'interroger. L'autre donnée que l'on a aussi, pour répondre au Dr Guerroudj, c'est que, nous semble-t-il au niveau national, après une montée très importante d'utilisation de cocaïne, on a une très légère diminution, une stabilisation. Est-ce qu'elle va durer ? C'est pas quelque chose d'exponentiel, ce n'est pas aussi linéaire qu'on pourrait le penser. Ces deux données sont à prendre en compte.

Pour revenir sur la problématique de cet atelier là, c'est vrai que je pense qu'il faut adapter les projets thérapeutiques à l'évolution de nos publics. Il y en a certaines qu'on arrive à repérer, des publics qu'on avait ciblés dès le départ, il y a aussi d'autres questions qui se posent. Est-ce que les dispositifs de type « boutique », (enfin appelons-les comme on veut parce que aucun des termes n'est vraiment satisfaisant), rentrent dans le cadre, par exemple, du plan triennal de la M.I.L.D.T. et doivent s'adapter à la notion de substances psychoactives. Ça veut dire très clairement, est-ce que les « boutiques » doivent s'ouvrir à d'autres publics que des usagers de substances illicites et ça pose le problème des structures généralistes ? Il y a un certain nombre de « boutiques » qui fonctionnent en ne ciblant pas exclusivement les toxicomanes, en tout cas en intégrant également des personnes alcool-dépendantes par exemple. Est-ce que c'est quelque chose qui doit s'intégrer dans nos projets ? Est-ce que c'est une orientation à prendre même si certains l'on déjà prise ?

**Monique DOUGUET – Réduire les Risques - Montpellier**

Je voulais rebondir sur ce qu'avait dit la dame. Je pense que c'est un réel problème actuellement. On donne des seringues, et on donne rien pour mettre dedans, c'est toujours illégal, mais on va toujours contre la loi de 70. Donc si on donne des seringues, moi je pense qu'il serait une réduction des risques de donner un produit injectable en substitution. On aurait moins de problèmes avec ce qui se produit avec le Subutex® actuellement.

**Bruno KELLER – Entracte - Nice**

Je m'appelle Bruno KELLER, je suis médecin à la « boutique » Entracte sur Nice, et je voulais rebondir sur le problème de la piqûre. Effectivement, une des questions qu'on se pose, au niveau de la « boutique », au niveau de l'exercice quotidien, c'est qu'on a du mal à comprendre les déterminants qui font que des gens se piquent et que d'autres ne se piquent pas.

Là dessus je crois qu'on a un manque cruel d'études qui nous permettent de comprendre ce phénomène de la piqûre qui nous semble-t-il a une autonomie. Il y a le produit d'une part avec lequel il peut y avoir un lien par la piqûre mais il y a des moments où on se dit que le produit est accessoire et que ce qui est important c'est le geste, c'est tout ce phénomène là. On est un petit peu confronté au même problème. Pourquoi une personne utilise la voie injectable ? Pourquoi une autre ne l'utilise pas ? Ça me paraît être une question pour laquelle, je n'ai pas trouvé vraiment de réponses, mais s'il y a des gens qui ont des réponses ça nous intéresse ?

### **Participante**

Je n'ai pas de réponse particulière, mais je pense que la question de l'injection, donc la question du trou dans la peau est à relier probablement à des questions cliniques qui pourraient être évoquées ici. C'est aussi un versant qui nous préoccupe au-delà de la réduction des risques. C'est quand même le sens que les choses doivent prendre, et dans nos pratiques et dans leurs pratiques. Comment on s'y repère ?

### **Anne-Marie BRIEUDE – Association l'ELF – Aix-en-Provence**

Anne-Marie Brieude, je suis médecin dans la rue, je travaille dans l'association l'ELF à Aix en Provence, donc un travail de rue pour lequel j'ai actuellement un regard très court puisque j'ai une culture hospitalière avec une spécialisation d'alcoologue et de prise en charge des toxicomanies, tout confondu, même tabac.

Je voulais reprendre sur le public. Par rapport au public, à partir du « regard de la rue ». Actuellement on a des personnes qui consomment jusqu'à 11 produits différents et dans la rue il y a beaucoup de jeunes qui sont alcool-dépendants et consommateurs d'autres produits.

On a monté un service qui prenait en charge, des patients qui avaient des problèmes d'alcool et des patients qui avaient des problèmes de toxicomanie. Ça avait fait tout un « patacasse » parce que, soit disant ce n'était pas la même culture etc. Je pense aussi que la culture, c'est nous qui la donnons, qui la transmettons, je pense que ces choses là peuvent s'arranger, de toute façon, elles s'arrangent toutes seules dans la rue. Il n'y a pas des problèmes pour qu'ils soient en contact les uns avec les autres dans la rue. Moi je pense qu'il faut aussi pouvoir répondre à toute demande, je pense qu'il faut avoir aussi de bonnes connaissances par rapport à la consommation de tous ces produits. Comme vous disiez très bien c'est pas le produit qui fait la problématique de la compulsion et de la dépendance mais je pense qu'il faut aussi avoir un regard sur tous les produits parce que des fois, on adresse à des centres qui sont très spécialisés mais qui ne prennent pas du tout en charge cette population là.

### **Sandrine SAUX - ARSA - Biarritz**

Bonjour, je m'appelle Sandrine Saux, je travaille à l'A.R.S.A Biarritz qui est une association de lutte contre le sida, qui fait aussi un programme d'échange de seringues et je participe aussi à la mission « rave » de Médecins du Monde à Bayonne. J'aimerais rebondir sur deux points. Nous, on a fait l'expérience depuis 1998 de la mise en place d'un automate sur Saint-Jean-de-Luz qui fonctionne et qui par un système un petit peu tortueux d'évaluation, (parce qu'il n'est pas du tout doté d'un système électronique comme certains), fait repérer beaucoup d'usagers occasionnels qui utilisent cet appareil, c'est-à-dire qui viennent chercher deux ou trois kits avec d'autres personnes qui en prennent quinze, vingt d'un coup.

Par rapport à cet usage de cocaïne très répandu et de nouvelles drogues, nous, sur la Côte, nous avons un phénomène festif très très important. En fait, on a entamé une étude il y a un an et demi maintenant, et on a publié les résultats cette année. On la continue et il s'avère qu'on a envie de s'étendre à d'autres milieux festifs que le milieu festif « techno » qui était initial. Parce qu'on se rend compte qu'en fait, ce sont des milieux dans lesquels aucune étude n'a été faite jusqu'à maintenant. Tous les publics correspondants à ce milieu festif sont complètement hors des politiques de réduction des risques et même des études faites jusqu'à maintenant. On se demande, en effet si ces poly consommations dont vous faisiez état n'étaient pas déjà très répandues depuis déjà de nombreuses années mais complètement endormies, puisqu'en fait ce ne sont pas du tout des personnes désinsérées ou marginalisées, mais ce sont des personnes qui tout simplement passent la semaine au boulot et le week-end font la fête, surtout qu'au pays basque français, il y a 138 jours de fête par an. Pour vous donner une idée, en fait on passe pas mal de temps dans les bars. Pour vous donner un petit exemple, le week-end prochain, il y a une fête basque qui existe depuis des années qui s'appelle Saint-Martin-La-Rosa et dont l'A.R.I.T. de Biarritz couvre une partie avec nous cette année.

Là se sont des tremplins où existent tous styles de musique, c'est-à-dire que là ce n'est pas que de la « techno », vous avez du rock, vous avez du reggae, vous avez tout. Ce sont des gens qui se retrouvent là jour et nuit pendant trois jours.

Moi c'est surtout ça sur quoi je voudrais rebondir, c'est l'éducation du public. Je m'interroge sur ces « boutiques », puisque l'A.R.I.T. en a une à Bayonne qui a ouvert depuis quelques temps maintenant et qui marche plus que bien puisqu'ils ont eu même des problèmes de trop gros passages, ils ont été très surpris. Moi ce qui m'interroge, c'est : comment inviter ces gens du milieu festif, à s'interroger par rapport à leur pratique ? Parce que c'est très difficile de faire de la réduction des risques dans ces cas et puis c'est très mal vu, il faut dire ce qui est.

Et en effet la question de l'héroïne et de l'injection nous pose problème aussi, parce que nous, on se demande si l'héroïne n'est pas en train de re-renter dans les mœurs mais avec un autre objectif, celui d'aider à la redescende (en semaine), ce qui va créer une nouvelle forme d'héroïnomanie et peut-être pas par voie injectable. Par rapport à ça, nous on ne voit pas beaucoup d'injections, mais on a eu quelques cas d'injections d'ecstasy, carrément, sur certains groupe festifs, côté espagnol, mais je n'ai pas encore pu rencontrer les gens qui font ça, j'aimerais juste savoir comment ils font, mais je n'ai pas eu entre guillemets cette chance.

Maintenant, par contre c'est vrai que c'est impressionnant les marathons festifs qui y sont établis parce que ce sont des marathons de week-end, sur deux jours, côté français, côté espagnol. On se ballade de chaque côté de la frontière. C'est vrai, que l'héroïne réapparaît, par voie nasale essentiellement et fumée. Moi, je m'interroge beaucoup par rapport à cette évolution. J'espère que notre étude va la mettre à jour.

#### **Philippe VERNON - C.E.I.D. - Bordeaux**

Je travaille à la « boutique » à Bordeaux et sur le plan de l'échange de seringues, je voulais rebondir par rapport à ce qu'avait dit madame sur l'alcool et le débat autour de ça. C'est vrai qu'à Bordeaux, on s'est tous interrogés pour savoir si on doit accueillir des alcooliques, comment on doit faire etc. Et puis en faisant le tour de la file active, on s'est aperçu que plus de la majorité des gens étaient accrochés à l'alcool, autant qu'au reste des produits. La réflexion que je m'impose, c'est plutôt de me dire : est-ce qu'il ne faudrait pas essayer de s'ouvrir vers ce type de pratiques, en tout cas d'ouvrir nos regards, notre manière d'intervenir que de se dire, on est en face d'un toxicomane qui consomme tel produit, tel produit, alors qu'ils en consomment 11 ou 20. Quand ils sont dans la rue en contact avec les uns et les autres, ils consomment plein de choses. Vous parlez d'injection d'ecstasy, ils s'injectent aussi des « trips » et tout ça. Quand il s'agit de défonce, je crois qu'il n'y a pas trop de limites. Je pense que c'est plus à nous à nous mettre en condition, à nous dire « quel rapport on doit avoir avec eux ? ». Quelle mise en place de projet, on doit avoir ?, etc. », pour essayer d'être le plus efficace possible, pas forcément sectoriser, en tout cas les interventions.

#### **Michel BOULANGER — LE PELICAN - Chambéry**

Je voulais faire une remarque sur notre pratique.

J'ai fonction de rapporteur et ce n'est pas à ce niveau-là que j'interviens.

Dans le travail qu'on fait, au Pélican, donc une association qui gère un centre de soins depuis déjà une quinzaine d'années, pour personnes toxicomanes à Chambéry, en Savoie. Depuis deux ans, on a été sollicités pour travailler au niveau d'une « boutique » mais dans un espace « solidarité ».

Dans notre contexte, ville moyenne, un contexte de passage, de ville de tourisme, dans un contexte festif, c'est l'envers balnéaire, c'est le côté hivernal. Il y a une problématique des saisonniers. Dans ce contexte de ville moyenne, on a été sollicités par le réseau VIH, par des intervenants dans un espace solidarité pour ouvrir une « boutique » à l'intérieur de cette espace « solidarité ». Ce qui était intéressant c'est que du coup, on a un peu abandonné notre étiquette toxicomane, pur et dur, (si je peux me permettre cette expression) et puis on s'est retrouvés avec un public poly-consommateur, avec des produits consommés, l'alcool en premier, massivement, systématiquement, avec le cannabis de façon massive également, avec des pratiques de consommation de Subutex® détourné, comme ça a été décrit.

Ce qui m'a beaucoup frappé, c'est que je me suis dit, est-ce qu'on est sur un public de poly consommateurs ? Comment il faut travailler les choses ? Le choix qu'on a fait sur cette « boutique », c'est qu'elle s'adresse à des publics précarisés. Il y a une représentation d'un groupe social. Je ne pense pas que les différents groupes sociaux puissent exister dans le même endroit. Je ne pense pas que des usagers d'ecstasy insérés vont fréquenter des lieux au contraire pour des populations marginalisées. Je pense qu'on peut ouvrir aussi, ce n'est pas antithétique. Ça ne veut pas dire que les « boutiques » comme elles fonctionnent pour des publics toxicomanes n'ont plus de sens, mais je crois aussi qu'on définit un groupe social, auprès de qui on va travailler ?

Le groupe social, c'est les gens de la rue, c'est les gens qui sont complètement précarisés, qui ont des problèmes d'abus de toxiques, mais aussi trois millions de problèmes à côté. Ça ne veut pas dire qu'il faut obligatoirement travailler avec les autres.

Pour le coup, ça c'est la porte d'entrée, nous on a un bureau et puis il y a trois millions de partenaires avec qui parfois c'est facile, avec qui parfois c'est compliqué de cohabiter. C'est intéressant, parce que ça veut dire aussi, qu'on est dans une sorte de « boutique droit commun », même si on s'adresse en même temps à des publics qui sont très précarisés. Je ne dis pas que c'est une meilleure réponse, mais je dis que dans ce contexte-là, **c'est aussi intéressant de penser « réduction des risques », par rapport à des gens qui ne sont pas toxicomanes.**

### **Sylvie POUGET**

Oui, tout à fait Michel, je voudrais juste dire qu'on pourrait s'arrêter un petit peu, si la salle voulait bien s'exprimer, sur la question de la cohabitation. Ça revient de manière récurrente. Comment en même temps, aller vers ces jeunes qui consomment des substances, ces produits de synthèse, ces nouveaux produits, essayer d'établir des passerelles, faire en sorte qu'à un moment donné, ils puissent venir dans les « boutiques » et puis finalement se retrouver encore avec quelques vieux injecteurs d'héroïne, parce qu'il en reste quand même, avec des gens extrêmement marginalisés qui vivent dans la rue, parce que eux aussi, sont là dans les « boutiques » ? C'est vrai, cette question de la cohabitation, est un petit peu sensible. S'il y a des exemples parmi vous qui peuvent alimenter un petit peu ce débat.

### **Aude GAZQUEZ - Le TIPI - Marseille**

Quand le Tipi, s'est créé, il y a cinq, six ans, notre politique était contre l'exclusion, pas obligatoirement sida et toxicomanie.

On reçoit toujours cette population, depuis le début, encore et de plus en plus, mais elle vient de la rue, enfin, ce sont les gens les plus défavorisés qu'ils soient consommateurs de cannabis, d'ecstasy, de Subutex®, d'alcool, ils sont tous plus ou moins consommateurs, mais c'est des gens exclus au départ.

Le problème ne se pose pas pour nous de gérer les différentes pratiques. Ils s'entendent bien entre eux, au contraire, ils se retrouvent complètement dans le même état d'esprit d'exclusion et de recherche d'une évasion. Le problème que je verrais, quand, je sors du Tipi, c'est la surconsommation de cocaïne et tout le reste par des gens qui travaillent et qui eux ne viendront jamais dans nos « boutiques », parce qu'à ce moment là, ça veut dire qu'ils se considèrent comme toxicomanes et ils refusent de le faire.

### **Sylvie POUGET**

Effectivement c'est la question de l'identité, de l'appartenance dont Jean-Marc parlait tout à l'heure.

### **Bruno TANCHE**

Simplement pour témoigner qu'on tient des discours complètement contradictoires et que par rapport à cette question de l'alcool, il y a d'énormes points d'interrogation.

Par exemple, quand on a monté Transit, je peux vous dire qu'on partait du préalable duquel on doute de plus en plus aujourd'hui, jusqu'à le considérer comme fou, que ces publics s'excluaient. C'est-à-dire, qu'il était couramment admis que les toxicomanes ne pouvaient coexister avec la figure emblématique de l'ivrogne affalé dans un coin. Pourtant les questions des socialisations étaient extrêmement proches. Quand je dis qu'on tient des discours contradictoires, c'est qu'on dit, et on a raison je pense, que les produits importent peu, et que pourtant on discrimine le public par rapport aux produits et il semblerait que nos cultures professionnelles soient telles qu'on s'arrogerait une compétence en ce qui concerne certaines substances et qu'il faudrait réorienter sur les secteurs d'alcoologie... Certaines autres personnes.

Quand on voit en plus le ratio financier, administratif, (et ça la MILDT l'a pointé de façon virulente et il n'y a pas très longtemps) entre l'alcoologie (les moyens affectés à l'alcoologie, donc les C.C.A.A), et la toxicomanie, on est vraiment en droit de s'interroger de quel droit on discrimine ces publics. Je rappelle que le rapport Reynaud s'ouvrait en disant une phrase assez terrible, « le dispositif en alcoologie » ( et je pense qu'il y en a dans cette salle qui sont issus de ce dispositif ) « se caractérise avant tout par son indigence ». 150 millions sur l'alcool, à peu près 900 sur la toxicomanie. Les chiffres ne sont peut-être pas exacts mais c'est ce ratio là. Quand on voit le nombre de personnes alcoolo-dépendantes dans notre pays, quand effectivement on essaie d'estimer le nombre de toxicomanes, ça doit nous interroger.

Je ne suis pas en train de dire qu'il faut confondre ces cultures, mais je pense que peut-être il y a des plages de recouvrement entre ces cultures qui d'abord permettraient de mieux prendre en compte les problèmes d'alcool de nos patients toxicomanes qui sont souvent négligés.

Là aussi, autre idée reçue : pendant longtemps, on a laissé penser qu'une sortie vers l'alcool serait presque une bonne sortie parce que à la limite, c'était un produit licite, etc.

Quand on voit l'impact sanitaire, et les dégradations liées à l'alcool en comparaison de ceux liés à la toxicomanie, là aussi on est en droit de s'interroger. Il faut essayer de se ...

...

#### **Jocelyne ABONDANCE - Le Pélican - Chambéry**

Je fais partie de l'équipe « réduction des risques », je travaille avec le collègue qui est éducateur. Michel Boulanger a présenté tout à l'heure l'Espace Solidarité.

Moi en fait, je travaille auprès de personnes des plus défavorisées, des plus démunies et en fait quand elles se présentent, on les voit plutôt alcoolisées dans un premier temps, surtout dépendantes de l'alcool. C'est ensuite au cours des entretiens, au cours du travail fait avec elles, qu'on se rend compte qu'il y a une autre consommation d'autres produits, médicaments et aussi cannabis ou autre. Souvent, ils se présentent surtout en étant plutôt très alcoolisés et dépendants avant tout de l'alcool. Je trouve que ce qui est très intéressant, c'est justement, le travail plus axé vers la précarité et les personnes très démunies.

#### **Sandrine SAUX**

Par rapport à ce que vous avez dit tout à l'heure, je voulais dire que j'ai une formation de psychologue et je m'étais spécialisée dans les addictions. Ce qui me choque un petit peu, je lisais encore un article dans le train, c'est qu'on confond le concept d'addiction et le concept de substances.

J'avais l'espoir dans les questions, les débats autour des poly-consommations, d'oublier un peu le produit et d'en venir au problème des comportements. C'est-à-dire qu'on avait finalement trois types d'usagers de drogues et de dépendants à la drogue. Il y avait des personnes qui étaient tombées dedans parce qu'elles avaient mal géré leur usage, c'est un effet de circonstances qui a fait que, généralement, ils s'en sortent assez bien après.

On avait des personnes qui s'en servaient un petit peu comme béquilles médicamenteuses, chose qu'on a pas mal retrouvé chez les anciens héroïnomanes ou vraiment pour la défonce, et puis on a ces personnes qui en fait ont des comportements addictifs, et là j'insiste bien sur l'aspect comportement et pas sur l'aspect de la substance et on se rend compte que c'est la grande majorité, c'est-à-dire que si on leur enlève un produit, ils vont devenir addictifs très vite à autre chose. Justement cette histoire d'héroïne/cocaïne est assez flagrante par rapport à ça ou la question de l'injection, la compulsion à l'injection.

C'est vrai que je suis déçue, entre guillemets, j'espère que ça va évoluer, que les débats continuent et qu'on continue à lire des articles où on confond addiction et substance alors que pour moi le terme d'addiction, n'a rien à voir avec une substance, ça a juste à voir avec un comportement. Et si par le biais des « boutiques » on s'ouvre un petit peu plus à d'autres substances, ( malheureusement, il faut continuer par ce système de substances ) et à la marginalité, on peut voir que ces gens là vont avoir des comportements compulsifs et même, s'il y a des études faites, sur la question de l'injection, c'est une question importante.

J'ai entendu un ancien héroïnomane devenir alcoolique alors qu'il était sevré au bout de trente ans d'une poly consommation incroyable. Il faut dire qu'il avait refusé les injections de magnésium chaud pour l'alcoolisme parce qu'il savait qu'il aurait envie de retourner à la shooteuse après, pas au produit, à la shooteuse. Ça, c'est quelque chose qui m'avait pas mal interpellée à l'époque et c'est vrai qu'on ne voit pas énormément d'études là-dessus et si quelque chose pouvait se faire (et j'espère que ça ce fera ), ça serait là-dessus. Pouvoir dissocier, pouvoir arriver à faire des centres de soins de comportements, c'est-à-dire arriver à pouvoir proposer à des gens des thérapies, et puis une écoute plus sur un problème lié à leur comportement que finalement à l'objet de leur comportement. J'aimerais savoir s'il y a des gens qui s'y intéressent, s'il y a des gens qui finalement ont fait des études là dessus ou pas.

#### **Participante**

Je voulais juste rebondir, d'une part pour ça, c'est-à-dire que j'ai vu des gens qui s'injectaient de l'eau, qui étaient substitués et qui continuaient aussi à s'injecter de l'eau.

Je voulais revenir aussi sur les produits, parce que, par exemple, quand on a des gens qui sont substitués sous méthadone et qui de nouveau s'alcoolisent, il faut prendre en compte le produit, parce que le produit est important par l'image qu'il a chez nous.

C'est-à-dire que quelqu'un qui est alcoolique, je le vois par rapport aux patients qui viennent pour un problème d'alcool, c'est des gens qui sont très honteux. L'alcoolique, c'est le « con » qui n'a pas su gérer sa substance. C'est vous et moi qui n'a pas su gérer sa substance, donc c'est le pauvre « mec ».

C'est l'image de quelqu'un qui n'est pas bien dans sa société, qui ne va pas bien, qui ne gère pas son produit, que tout le monde gère.

Chez le toxicomane, il y a quand même le côté illégalité et la revendication de quelque chose. On sent un moteur, alors que l'alcoolique, il vient, il est plutôt en train de ronronner, voire, c'est bientôt la panne. Je pense qu'il y a aussi quelque chose d'important car les gens qui s'alcoolisent et qui sont substitués, c'est vraiment la grande chute, c'est vraiment l'exclusion, le moins que rien. Je pense que là, il faut vraiment faire attention.

### **Participant**

On vient de parler d'alcool. Vous signifiez la disparité qu'il y avait entre les budgets attribués pour l'alcoolisme et ceux de la toxicomanie. Ça me paraît évident, quand on parle d'alcoolisme, c'est différent pour beaucoup de personnes. L'alcoolisme ça veut dire quoi ? Pour moi ou pour quelqu'un qui est dans la rue et qui boit 3, 4, whiskies, tous les jours, c'est complètement différent. Effectivement, on a plus tendance à se situer dans le domaine du comportement et essayer d'étudier ce genre de choses qu'à définir est-ce qu'on est alcoolique ou pas ? Comment peut-on essayer de résoudre ce genre de chose ? Par contre ce qui est problématique pour nous intervenants, je pense que c'est la représentation qu'on a de l'alcool, parce qu'ils picolent tous plus ou moins, c'est quelque chose d'impressionnant.

Je pense que je ne suis pas très loin de la réalité. Effectivement il y a des gens qui viennent, qui n'ont pas de problème avec l'alcool, qui sont des gens en voie de réinsertion, qui n'ont pas forcément de problème avec le Subutex® même s'ils se l'injectent régulièrement, quotidiennement, avec la même dose, etc. C'est quelque chose qu'ils gèrent, ils ont choisi leur mode d'administration, après ils le gèrent. Ce sont des gens qui arrivent à retravailler. Mais l'alcool, pour moi c'est un problème parce que ça reste encore très très bien socialisé. Il y a eu une réflexion tout à l'heure qui disait : c'est presque une sortie, c'est presque ça. On a quelques patients qui étaient héroïnomanes dans les années 70 et qui sont devenus alcooliques et qui disent : « moi, je suis content, parce que je me suis sorti tout seul de la toxicomanie ». Oui effectivement, ça fait quand même quinze ans d'alcool depuis.

Ça, c'est difficile à mettre en place, de trouver des structures où on puisse faire des cures plus longues. Les cures (je me rappelle il y a 3, 4 ans les cures duraient encore une semaine), maintenant elles commencent à durer 10 jours, 15 jours parce que on se rend bien compte qu'avec l'alcool etc. c'est très difficile de gérer ce genre de choses, les gens retombent dedans forcément en sortant, donc on a tendance à prolonger les cures. Pour le coup le système devient inadapté parce qu'on garde les gens trop longtemps, ça devient des prises en charges beaucoup plus difficiles, on est pas formés pour ça, etc. C'est les choses récurrentes qui nous reviennent. On a du mal à les orienter, après on est obligés de trouver soit des structures en milieu psychiatrique, parce qu'il n'y a qu'elles qui acceptent des longs séjours, quelquefois. Il y a des différences, des disparités, des énormités qui se créent dans des situations, parce qu'on a une fâcheuse tendance à refuser les problèmes que l'on peut avoir avec l'alcool. Les personnes viennent, ils ont 3, 4 whiskies dans leur sac et disent « non, l'alcool, ça va bien » : ils boivent quand même 3, 4 whiskies par jour.

### **Nicole LABROSSE-SOLIER – Division Sida, Direction Générale de la Santé - Paris**

Juste un petit mot. C'est vrai que là, je trouve qu'on est beaucoup dans la clinique, c'est d'ailleurs ce qui est très intéressant. On est sur le soin là. Il y a des comportements, il y a des produits et comment résoudre. J'aime bien entendre ce genre de réflexion, parce que ça prouve qu'il y a une grande maturité dans ce que vous faites. Moi, ce qui m'intéresse dans l'entrée « boutique », je pense que c'est vraiment notre public, ceux que personne ne va chercher, **c'est l'entrée « précaire » qui nous intéresse**, après il y a des produits, des comportements addictifs. Ça, on ne va pas le résoudre ici, mais il ne faut pas oublier cet aspect. Je trouve que travailler sur la clinique c'est bien, mais le public que l'on veut toucher, c'est tous ces gens qui ont des comportements quel que soit leur substance, ensuite, il faudra traiter ça, mais **l'entrée « précaire », je pense qu'il faut vraiment la prendre en compte.**

### **Participant**

Toujours pour rebondir par rapport à « nos « boutiques » pour quel public et par rapport à l'aspect précaire de l'entrée dans nos « boutiques », une question que je me pose assez régulièrement : il y a certaines personnes qui sont en situation précaire, et là je pense souvent **aux personnes qui souffrent de troubles psychiatriques graves, pour lesquelles je me demande, si nos « boutiques » ne sont pas très nocives ?**

Elles sont un plateau, une ouverture sur un nombre de produits importants, avec une succession de décompensations. C'est des choses qu'on a pu observer d'une façon itérative, pas systématique, mais c'est une question qui nous interroge. On peut dire que ce n'est pas par hasard s'ils viennent dans la « boutique », ça c'est vrai.

C'est vrai aussi qu'on a pu voir des gens qui étaient en rupture de traitement et de soins psychiatriques, et qui sont dans une démarche d'alcoolisation, de prise de cannabis, peut-être de cocaïne de temps en temps et qui s'accrochent directement au Subutex®, et décrivent bien cette accroche, à partir du moment où ils ont fréquenté (la « boutique ») tous les jours.

#### Participant

Je crois qu'on a à gérer aussi la question de ce qu'on appelle les co-morbidités psychiatriques liées à la toxicomanie. C'est vrai, je crois **qu'on est tous confrontés maintenant à ce public dont on ne sait pas finalement ce qui a précédé, si c'est la maladie, la décompensation psychiatrique ou la toxicomanie**. Je crois que dans les «boutiques », (en tout cas chez nous) on essaie de travailler en repérant effectivement s'il s'agit de quelqu'un qui a des soucis sur le plan psychiatrique afin de pouvoir faire une orientation très précoce de manière à ce qu'il ne stagne pas là et qu'il se retrouve du coup devant ce que vous décrivez, c'est-à-dire devant un panel de produits qu'il prendrait de manière complètement boulimique, parce que finalement, c'est ce qui calme sa maladie.

#### Participant

Moi, je voulais rebondir sur deux choses, d'une part sur ce que tu disais sur les centres de cure. Je voulais simplement dire qu'on est là dans l'histoire des « boutiques » mais qu'il ne faudrait pas qu'il y ait d'autres centres qui disparaissent parce qu'on est dans la réduction des risques et la maintenance, point. Donc, ça je trouve que c'est un problème très grave.

Moi, j'étais **médecin aux Bois des Loges**, centre de post-cure qui est en grande difficulté et considéré comme une secte actuellement. C'est terrible.

D'autre part, je voulais parler aussi des histoires de co-morbidité et il est vrai qu'il y a beaucoup de co-morbidités psychiatriques dans la rue. De toute façon, on est pas en rupture pour rien. C'est vrai qu'il est important dans ces centres, d'avoir aussi, un regard, je vais pas dire professionnel, parce qu'il y a des gens qui font de l'auto-support et qui ont aussi un regard par rapport à cette problématique, mais je pense qu'il faut vraiment être très vigilant par rapport à ça.

#### Bruno TANCHE

Juste un petit mot pour interroger deux choses. C'est vrai que dans les «boutiques », il y a **des gens qui relèvent de psychopathologies lourdes**, ce sont des gens pour lesquels on a pas tranché. Parfois on a la sensation de leur faire faire l'économie d'une véritable démarche, parfois on a l'impression de devenir l'annexe des hôpitaux de jour, et en même temps, on se dit, mais après tout, c'est nous qu'ils ont choisi, ils sont là, ils viennent et peut-être, **il faut les laisser dans le lieu parce que c'est un lieu contenant, préservant pour eux**.

Après ça pose une autre question et peut-être, qu'il faut interroger, et puisqu'on a l'opportunité de faire des recommandations, il faut le faire. **Ça ré-interroge, malgré tout la question des moyens**, parce que je vois que dans les mesures nouvelles qui ont été proposées dans le cadre de la circulaire, il y a eu un certain nombre de demandes de présence de psychiatres dans les « boutiques ». C'est des moyens, on le sait importants. Et puis, si on dit, il nous faut les alcooliques, en tout cas, on a pas le droit de les discriminer, enfin, je ne sais pas si on le dit mais imaginons qu'on le dise, imaginons qu'effectivement on ait ces publics qui relèvent de psychopathologies lourdes, imaginons également qu'on prenne l'entrée sociale et on aura là des gens extrêmement lourds, est-ce qu'on va y arriver avec les moyens qu'on a. Où est la limite ? Comment on peut baliser ce terrain pour prendre en compte quand même des plateaux techniques extrêmement complexes à gérer, toujours prêts à l'explosion, dans le contexte prohibitionniste qui n'est quand même pas rien ? Parce que on ne peut pas laisser s'installer les « deal » dans les structures, que cette vigilance est extrêmement coûteuse en temps, en énergie pour les équipes. S'il faut de surcroît, y rajouter les cas extrêmement lourds, moi ça me pose la question de la faisabilité.

#### Jean-Marc ARBIOL

Juste un mot sur cette question là, des moyens en fonction des publics qu'on reçoit et aussi des missions qui nous sont confiées.

La présence de personnes qui manifestement ont des troubles psychiatriques, toutes les « boutiques » l'ont constatée. Mon point de vue sur cette question, c'est deux choses, c'est d'une part, que je ne suis pas convaincu que ce soit un lieu dangereux pour eux, même au contraire.

Je pense que la plupart du temps, ils trouvent là un lieu intéressant pour eux, parce que c'est un lieu dégagé de tout jugement, dégagé de tout enjeu thérapeutique, suivi, prise en charge, attrapage en

quelque sorte, donc une certaine liberté d'être dans ces lieux, qui fait que c'est potentiellement intéressant pour un certain nombre de gens.

Deuxième point, c'est effectivement au niveau des moyens, je prends l'exemple de Toulouse. Il y a deux « boutiques » à Toulouse. Il y a la « boutique » spécialisée sur les toxicomanies et il y a une « boutique » solidarité. La « boutique » solidarité accueille environ 100 personnes par jour. Intermède sur l'après-midi en accueille 50. Alors on va accueillir 150 personnes dans une « boutique » ? Là, il ne faut pas se leurrer. Je crois qu'on va vers un redéploiement des moyens pour pouvoir faire face à ces difficultés, à la complexité des situations, qu'on va plutôt vers des économies de bouts de chandelle. Je suis désolé, je suis un peu cru peut-être mais c'est comme ça que je le ressens. Et d'un. Deux, on a pas le droit de laisser les gens dans la précarité, etc., « vous êtes tenus d'accueillir tout le monde ».

Je pense, sur ce que je constate depuis presque six ans sur le lieu que c'est une « connerie » et je pense que la spécificité, elle permet aussi une certaine reconnaissance, à la fois des gens, je veux dire, les gens qui viennent à une « boutique » estampillée toxicomanie, c'est pas pour des prunes. Il y a des gens qui picolent qui viennent dans notre « boutique », il y a des anciens toxicomanes. Pour moi, ce sont des anciens toxicomanes. Quand quelqu'un vient et dit « j'ai arrêté la défonce », il a arrêté de se shooter, il picole... moi, je prends sa parole en validité parce qu'il a fait une démarche qui n'est pas du tout évidente. Il n'a pas réglé ses problèmes d'addiction ou de consommation, il est passé sur autre chose, certes. Mais la valeur de ce qu'il a fait demeure. On est pas dans un lieu où on dit, les gens qui consomment de l'alcool, c'est comme tout le monde. On constate que les poly toxicomanies comportent évidemment les prises d'alcool, ça potentialise, là aussi je vais être très précis, le Rohypnol®. On voit des gens qui gèrent plus ou moins ces trucs. On voit des gens qui les prennent vraiment comme une défonce débridée.

Je dirais que depuis le départ les choses sont plurielles, pour prendre un mot à la mode, elles sont diverses. Il y a une grande diversité dans les « boutiques » à la fois entre les âges des personnes, du mineur ou des jeunes majeurs au « junky » de 50 ans ( il y en a pas beaucoup mais ça existe aussi). C'est pour donner une échelle, pour ne pas rester dans des moyennes aussi. La diversité est depuis le départ, il ne faut pas que la diversité devienne une sorte d'imbroglie où tout se confonde, tout se mélange. Je ne pense pas non plus qu'on puisse avoir toute une compétence en tant que professionnel accueillant dans ces lieux.

### **Sylvie POUGET**

On pourrait peut-être revenir un tout petit peu sur les deux entrées concernant les gens qui présentent des co-morbidités psychiatriques. En fait, Jean-Marc tu nous dis : « ils ont tout à leur place dans les « boutiques » et je partage ton avis, parce qu'effectivement, l'expérience montre que leur environnement de prise en charge médicalisée, que ce soit en C.M.P. ou à l'hôpital psychiatrique ou dans tout autre foyer d'accueil, le soir en foyer spécialisé est extrêmement lourd. Ils ont là une étiquette de « malade mental ». C'est vrai qu'on voit arriver ces gens au milieu des toxicomanes comme un petit peu allégés de leur lourd fardeau de malade mental, « je ne suis finalement que toxicomane », c'est pas si mal, c'est un truc plus « fun ».

C'est vrai que les « boutiques », c'est chaleureux, c'est contenant, il y a du lien différent que celui qu'on a avec le psychiatre. Comme disait également Bruno, la question c'est quand même, quels moyens on peut mettre pour pouvoir accueillir ces gens et les gérer ?

Dans une après-midi, si on a deux ou trois bonhommes un peu « cintrés », c'est quand même dur. Ça peut faire exploser et c'est en permanence sur le fil du rasoir. Nous on a dans l'équipe des infirmiers psychiatriques, c'est un choix, c'est dans le cadre d'un partenariat qu'on a avec une association de santé mentale sur le département qui nous met à disposition, 8h00 par semaine, deux infirmiers psychiatriques qui sont présents dans le lieu et qui finalement sont un peu rassurants à la fois pour nous, (on est pas des professionnels de la psychiatrie, donc on ne sait pas forcément déceler les choses aussi rapidement qu'eux), ils nous éclairent là-dessus. Donc, c'est rassurant pour nous qu'ils soient là et puis si jamais, ça chauffe un peu, ils ont eux aussi tout un savoir être, un savoir faire qui permet rapidement de calmer le jeu et puis surtout, si un usager est un train de « disjoncter » complètement, on peut prendre une décision et faire une orientation immédiate et efficace.

### **Participant**

**Moi, je me pose la question : si les « boutiques » ne mettent pas en évidence un besoin important en terme de psychiatrie, d'accueil simple, sans jugement, convivial où il y a du lien etc. ?** Ça oui effectivement, il y a ce besoin là. Est-ce que cet accueil doit se faire dans le cadre d'une toxicomanie ? C'est là que je me pose la question.

Je crois qu'il y a peut-être une évolution du dispositif de prises en charge en toxicomanie, en tout cas qui nous paraît absolument nécessaire. On retrouve dans les « boutiques » des gens qui ne retrouvent pas ça ailleurs.

**Sandrine SAUX**

Par rapport à cette co-morbidité psychiatrique, au sein de l'association A.R.S.A. , on a un lieu de vie pour les malades du sida (parce que au départ, nous c'était la lutte, l'accompagnement en fin de vie), donc on a une villa avec six lits, et ce que nous observons depuis un an et demi, et qui à la fois nous effraie et nous interroge énormément, c'est qu'en fait on accueille de plus en plus de gens qui relèvent de la psychiatrie pure mais comme ils sont malades du sida, ils se retrouvent dans nos structures avec nous, dont l'équipe initiale n'est pas du tout formée à ça. On se retrouve dans des situations très particulières, ambiguës, parce que normalement on travaille en partenariat avec les hôpitaux psychiatriques, puis en fait, tout le monde se renvoie la balle continuellement. Et là on se retrouve aussi avec d'anciens usagers de drogues qui sont aussi des cas psychiatriques de cette forme là, et qui se mettent à avoir des consommations style Rohypnol® et tout ça de façon hallucinante, et on se retrouve devant un écueil face à la psychiatrie, c'est vrai.

Par rapport ça, moi je m'interroge sur la prise en charge de ces personnes là et le manque de structures adaptées pour eux parce que, nous on les accueille mais, se retrouver nous, des gens qui sommes habitués à faire du suivi pour fin de vie, avec une personne délirante ( parce qu'il a le sida ) au milieu de malades du sida, ce n'est pas évident du tout, et en plus, ça nous met dans des situations rocambolesques et puis en danger professionnel aussi.

**Claire CHAUCHON - Equipe Mobile psy VIH - Marseille**

On existe depuis 4 ans. Je suis détachée d'un hôpital psychiatrique pour faire prendre en charge des patients séropositifs au niveau psychiatrique et psychologique. Effectivement, tout ce que j'entends depuis un moment, moi, j'y suis confrontée tous les jours. Je suis là, parce qu'effectivement on a essayé d'établir des liens avec un certains nombres de partenaires, que ce soit au niveau des « boutiques », des CSST, etc. parce qu'effectivement ce sont les mêmes publics.

Le public qui est adressé sur les quartiers nord de Marseille, c'est un public qui est effectivement très marginalisé, très précarisé avec des problématiques de toxicomanie, d'addiction à l'alcool, j'en passe et des meilleures. Pourquoi, ça a été créé, parce qu'effectivement les personnes séropositives (d'après le rapport Charmasson 1995 ), étaient mal prises en charge au niveau psychiatrique.

Maintenant, j'ai un recul de 4 ans. La difficulté que je rencontrais par rapport à l'institution psychiatrique, est celle que je rencontre moi-même tous les jours, à savoir, qu'il y a un certain nombre de gens qui relèvent de soins psychiatriques mais qui ayant des comportements d'addiction, font que dans le milieu psychiatrique, on s'attache plus au symptôme de l'addiction qu'à la symptomatologie clinique, et dans lequel effectivement, il est difficile, en particulier dans les hospitalisations temps plein, de garder ces gens-là.

En fait, tout mon travail consiste, quand il y a besoin d'une hospitalisation (parce qu'il y a effectivement des pathologies avérées), à préparer, à essayer de faire rester un petit moment pour pouvoir « mettre » un projet de soin, après.

Ce qui s'avère aussi dans l'institution psychiatrique, depuis quelques années (et c'est pour ça qu'on retrouve aussi ces gens là très précarisés, à la fois dans des accueils de jour, qui existent par rapport à la précarité sur la ville de Marseille et ailleurs), ce sont des gens qui ont effectivement des pathologies avérées graves, qui ne sont plus suivies et qui ne sont pas prises en charge, parce qu'ils échappent à l'institution. Ils ne sont plus en demande, ils ne sont pas suivis, etc. ils sont dans la nature.

Il y a plusieurs choses qui ont pu se mettre en place. A la fois, aller chercher les gens là où ils sont et essayer de créer suffisamment de liens pour remobiliser les équipes de psychiatrie, dans la mesure où il existe des structures adaptées, les hôpitaux de jour de psychiatrie, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les C.M.P., au niveau de la consultation... si on arrive à remobiliser un certain nombre de structures.

Quand vous disiez, « quels moyens à donner par rapport au niveau psy ? »..., je dis que ça n'est pas des moyens à donner au niveau de ce que vous faites vous, il faut remobiliser des moyens qui existent déjà. C'est pas un travail facile, c'est un travail de longue haleine. J'avoue que des fois, il faut plusieurs mois avant de remobiliser une équipe, quand on y arrive, ça porte ses fruits et ça fait tâche d'huile.

De plus, il y a quand même des soucis par rapport à des directives ministérielles, D.D.A.S.S., etc. Pour remobiliser l'institution psychiatrique par rapport au problème de précarité, il y a des « équipes mobiles de précarité » qui interviennent sur les accueils de jour, qui interviennent sur des foyers d'hébergement, qui interviennent sur un certain nombre de structures et où peuvent se mettre effectivement en place des soins psychiatriques à ce moment là. La difficulté là, ça vient du public, il y a tout un travail à faire avec eux pour essayer de dédramatiser ce qu'est l'institution psychiatrique, parce que faire rentrer un toxicomane, même s'il est complètement délirant dans un pavillon complètement délabré et en plus où il sera mal accueilli, c'est sûr qu'il n'a pas envie d'y retourner. Il faut effectivement, préparer l'équipe, et ça, ça demande du temps et des moyens, effectivement. Ça demande surtout de la conviction, je dirais.

### **Bruno TANCHE**

Moi, je suis tout à fait d'accord avec ce que vous dites, mais par contre, je ne suis pas certain que les changements doivent venir d'un seul côté. Il me semble que c'est un petit bout de chemin à faire dans chaque centre. Par contre, il y a une condition qui me semble déterminante et elle implique directement les responsables publics, les pouvoirs publics, je pense aux D.D.A.S.S., je pense aux services de l'Etat. On s'est aperçu que bien sûr, il était plus facile d'injoncter un certain nombre de choses et de faire obtempérer le secteur associatif que le secteur public. Il est bien clair que les D.D.A.S.S. et d'autres responsables ont bien moins de prises sur les psychiatres par exemple. Ceci dit, on s'aperçoit quand même que quand la menace est vraiment là, et c'est le cas pour un certain nombre de redéploiements de lits, d'un seul coup, certains services sont pris d'une sollicitude extrême pour les toxicomanes, ils font véritablement des propositions, je dis ça avec un peu d'humour, parce que ça fait 20 ans qu'on est dans le secteur et que ça fait 20 ans qu'on observe le dispositif psychiatrique, et qu'on a du mal à le pénétrer, tout le monde le sait.

Quand même, parce que des menaces de redéploiement ont été déposées, c'est la première fois que des responsables de secteurs venaient nous voir, des médecins psychiatres, pour nous dire « vous n'avez besoin de rien dans vos services, vous ne voulez pas une infirmière... ? », tel que ça a été évoqué. Moi, je veux bien qu'on prenne en compte localement, des dispositions de ce type. Je pense que c'est absolument nécessaire. Rien ne se fera, s'il n'y a pas une véritable volonté politique avec une affirmation qui je crois doit être assez forte.

### **Claire CHAUCHON**

A contrario, c'est vrai que la difficulté, et là je vais défendre ma chapelle, c'est qu'effectivement les pouvoirs publics disent qu'il faut diminuer les temps de séjour, etc., alors qu'on sait que dans certaines situations, il faut du temps. Les gens sont obligés de partir au bout de 10 jours, au bout 12 jours parce que, on en vient à des simples situations de crise, d'hospitalisation de courte durée, alors qu'on sait très bien que certaines fois, il faut des temps d'hospitalisation beaucoup plus longs pour pouvoir effectivement « mettre » un projet de soins avec la personne, un projet de vie, ça, ça ne se fait pas en huit jours. Ce qu'on voit arriver, effectivement, c'est des gens qui rentrent et qui sortent, qui rentrent et qui sortent. Ils sont toujours dans la même situation, on a pas avancé et tout le monde s'use et s'épuise par rapport à ça. Là, je crois aussi que les pouvoirs publics peuvent effectivement changer leur façon de voir les choses parce que quand un hôpital est archi plein et qu'on ne sait pas où mettre les gens et qu'on les vire au bout de trois jours, ce n'est pas normal.

### **Abdelsalem KORICHI - Protox - Marseille**

J'ai fonction d'éducateur à Protox, une unité d'accueil et de soins destinée aux usagers de drogues à l'hôpital Sainte-Marguerite, et c'est vrai qu'on est amené, du fait des personnes qu'on rencontre souvent, à les faire hospitaliser en unité psychiatrique. C'est ce qu'on entend tout le temps, « il y a des vrais malades et des faux malades. Ces personnes là sont des faux malades », parce qu'ils sont stigmatisés comme usagers de drogue, alors qu'on voit une fois qu'ils sont stabilisés et que les choses vont mieux qu'il y a une pathologie qui est derrière. On a du mal à faire accepter aux équipes de les prendre en charge au niveau psychiatrique, c'est très très difficile. Même nous on est démuni parce qu'on ne sait pas si l'équipe est complètement démobilisée par rapport à ces gens là historiquement), du fait des sevrages qui se sont faits en hôpital psychiatrique et les problèmes dus aux hospitalisations de ces personnes là.

### **Sylvie POUGET**

On va donner la parole à une dernière personne parce que le temps... ne vous sentez pas frustrés, on se retrouvera à 14h00 après déjeuner.

### **Joëlle MONTIGNY – DDASS Vaucluse**

Je suis médecin inspecteur à la DDASS du Vaucluse, juste une remarque. Je ne sais pas si c'est plus facile de faire obtempérer le milieu associatif que le milieu hospitalier.

Quand je vois les difficultés qu'on peut avoir parfois avec les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, je pense que de ce côté-là des fois, on a les mêmes problèmes parce que des logiques d'interventions qui s'entrechoquent et il est difficile d'ouvrir des pratiques professionnelles qui sont centrées, on le voit bien aujourd'hui sur des produits, des modes de consommation, sachant que derrière il y a des individus et que on a toujours un peu de mal à avoir dans une même démarche la vision de l'individu dans son mode de consommation, la vision de l'organisation institutionnelle qui est assez logique et en même temps une vision prospective.

C'est là où je voulais en venir. On a parlé effectivement d'un certain nombre de publics caractérisés par des profils, mais il y a un public que je souhaitais réintroduire aujourd'hui. C'est un public qui me semble, de la place que j'occupe sur la ville d'Avignon où je suis en charge en même temps des actions de santé publique, des grandes actions de l'Etat entre guillemet et en même temps de la santé des jeunes. Il y a un programme national de santé des jeunes. Il me semble que **la question des jeunes consommateurs est une question qui ne se pose pas à la bonne hauteur** en tout cas pour l'instant encore, c'est-à-dire que ces jeunes consommateurs qui ont parfois moins de 15 ans, vous le savez, qui ne sont pas toujours encore dans des situations d'exclusion extrême, car il y a encore des jeux de solidarité qui fonctionnent, notamment au niveau familial, mais qui sont de plus en plus en voie de désinsertion. D'ailleurs les centres d'hébergement nous sollicitent de plus en plus, pas pour les jeunes mineurs, les jeunes mineurs sont encore en charge dans les structures institutionnelles par la voie de la P.J.J. mais dès que ces jeunes atteignent la majorité, il ne se passe plus rien.

Ces jeunes individus ont à la fois des comportements de consommation, ils ne sont pas encore dans une situation de dépendance, qui sont dans des comportements de poly toxicomanie, sans réelle dépendance. Ils envahissent progressivement les centres d'hébergement, les C.H.R.S., ils sont parfois dans la rue tout simplement. En Avignon on a un accueil d'usagers de drogue qui a été ouvert par Aides, qui n'est pas une « boutique », qui est un accueil au milieu d'un accueil d'autres personnes. On est en train de réfléchir à l'ouverture d'une « boutique ». Comment on l'appellerai, c'est une question, mais je crois que des temps comme aujourd'hui pour nous ce sont des temps essentiels pour effectivement, puisqu'on en est à l'étape « ouverture », d'ailleurs pour l'instant on a pas de moyens très nettement dégagés, mais on y travaille. Simplement en même temps que cette question des moyens se pose, la question du public. Moi, je ne vois pas, notamment sur Avignon qui est une ville moyenne, **je ne vois pas un accueil se faire sans intégrer la dimension des jeunes consommateurs qui sont de plus en plus présents mais encore beaucoup trop « transparents »**.

#### Sylvie POUGET

Je crois que cette question de jeunes consommateurs va nous préoccuper beaucoup cet après-midi et que peut-être il y aura des propositions, des axes de travail à faire dans ce sens. Nous vous remercions de votre participation. Nous vous souhaitons un bon appétit et donc à 14h00 précise, on se retrouve ici.

#### L'après-midi

---

...

#### Sylvie POUGET

Pour préciser les choses cet après-midi, il est donc 14h30, nous arrêterons le débat à 15h45, à partir de ce moment-là, nous vous proposerons un certain nombre d'idées fortes qu'il vous appartiendra de valider. De 16h00 à 16h30, Michel et nous tous ici, rédigerons ce que vous aurez validé pendant la pause. La pause ayant lieu à 16h00 et à 16h30, on se retrouve dans cette salle en plénière, chaque atelier restituant ce qui a été le contenu de ces travaux. Est-ce que ça vous convient ?

On était resté sur l'intervention du médecin inspecteur du Vaucluse, ce matin, qui avait entre autres évoqué la question des jeunes consommateurs de produits de synthèse et sur le dispositif qu'il serait important d'envisager pour eux. A quel niveau, on peut imaginer pouvoir les rencontrer, pouvoir les entendre, pouvoir les aider. **Il nous paraît que les « boutiques », ne sont peut-être pas le lieu complètement idéal pour leur permettre d'accéder à un espace d'écoute. Peut-être est-ce une chose à imaginer, un dispositif en amont.** Il est clair que ça n'est peut-être pas les « boutiques » et les budgets y afférents qui sont adaptés à ce type de prise en charge. Au plan des intervenants, ça nous intéresse.

Je voulais un petit peu savoir ce que vous en pensiez et je crois que Bruno et Michel ont déjà des choses à nous dire à ce propos.

#### Michel BOULANGER

Ce que je trouve intéressant dans les propos de madame, c'est comment, à partir des « boutiques » qui fonctionnent pour des publics qui sont pas toujours vus, qui sont laissés en marge, qui ne sont pas dans une demande de soins (on peut penser plus globalement sur certains autres publics aussi), on prend en compte ces publics.

C'est vrai, qu'au-delà des publics toxicomanes, publics dépendants, on est de plus en plus confrontés à des publics qui sont jeunes, qui sont dans des abus de toxiques, qui ne se reconnaissent pas obligatoirement comme toxicomanes, qui sont donc dans des consommations abusives de toxiques licites ou illicites. On a l'impression que quantitativement, ça représente un nombre important de jeunes. Parfois les difficultés se marient avec d'autres difficultés, dont des difficultés d'insertion. Je crois que la réponse « réduction des risques », ça peut être une approche. Je crois aussi qu'il y a à travailler sur des modèles spécifiques d'interventions précoces, peut-être en allant de l'avant auprès de ce type de public par rapport aux produits qui sont consommés. Ça me semble en tout cas compliqué de tout mettre dans le même lieu. Ça me semblerait intéressant de rester dans l'esprit « boutiques », sans vouloir être orthodoxe là-dessus, parce que je crois qu'on est dans une souplesse de fonctionnement, et qu'il y a peut-être, sur ces publics de jeunes consommateurs, des stratégies particulières à avoir.

Ce que madame disait en tout cas sur Avignon m'a beaucoup intéressé parce que c'est aussi un type de public par rapport auquel, on ne sait pas exactement quoi faire et comment répondre. On voit bien que les abus de produits s'inscrivent dans des souffrances, une difficulté à se construire, et à se positionner dans la vie sociale mais aussi en tant qu'individu.

### **Bruno TANCHE**

Dans le même sens, je crois que c'était l'un des axes du rapport Parquet que de vouloir cibler ces consommations précoces, d'un public 13 ans/18 ans qui ne se reconnaît pas en difficulté et donc ne va pas faire de démarches dans le dispositif spécialisé. Après ça pose des questions, il me semble un peu équivoques, de pouvoir proposer une co-existence dans des structures menant une politique de réduction des risques avec un public beaucoup plus jeune.

Par contre ça repose la question de : « qu'est-ce qu'on offre à un public qui est usager, usager abusif comme possibilité de contact, d'écoute, de façon à effectivement prendre en compte, les problèmes éventuels avant qu'il ne bascule vers des choses beaucoup plus complexes. Ça c'est vrai, qu'il y a beaucoup de structures qui sont en train de réfléchir, qui l'ont intégré dans leur projet thérapeutique et qui sont en train d'y travailler. Ça pose aussi la question de plate-formes beaucoup plus généralistes, ça pose la question d'une autre approche. Beaucoup d'équipes y sont sensibles en tout cas. Je ne sais pas, c'est une manière ni d'évacuer le problème, ni de répondre vraiment à votre question mais je pense que c'est quelque chose qui a été entendu et pris en compte.

### **Joëlle MONTIGNY**

Simplement pour préciser ma pensée et l'essence de l'intervention de tout-à-l'heure. J'ai fait la différence, par rapport à ce public que j'ai tenté de décrire, entre les mineurs qui sont dans des circuits plus spécifiques. En ce qui nous concerne, on travaille là-dessus, notamment avec la P.J.J. et avec le substitut pour mineur. On est un train de mettre en place une permanence d'accueil pour les usagers de cannabis sur la base d'un système de signalement avec orientation, différent des injonctions thérapeutiques. Je ne développe pas. On se rend compte en rencontrant les intervenants de la P.J.J. (Protection Judiciaire de la Jeunesse), que dans cette classe d'âge on a des dispositifs spécifiques. On ne laisse pas un jeune à la rue, c'est impossible, même si c'est quand même des réalités, il y a souvent quelque chose qui intervient et qui met en place une intervention. Il y a l'aide sociale, il y a les signalements, il y a les éducateurs, les suivis en milieu ouvert et j'en passe. C'est vrai que, je parlais moins des mineurs qui deviennent majeurs. A partir du moment où ils ont 18 ans, c'est fini, plus personne se sent en situation de responsabilité. Il y a l'âge qui est passé par là.

Nous déjeunions à midi à côté de l'équipe de Clermont Ferrand qui a ouvert une « boutique » très récemment sur ces moyens qui sont reliés à la lutte contre le sida mais qui ont été débloqués au moment de la lutte contre l'exclusion, c'est-à-dire très récemment. Ils ont ciblé d'entrée de jeu, les jeunes errants. Ces jeunes errants ont des conduites de consommation, y compris de consommations intraveineuses. Est-ce que eux sont à côté ?

Est-ce qu'il faut penser des dispositifs spécifiques, moi je n'en sais rien. Je n'en sais rien parce que je pense quand même qu'on est pas si loin que ça des publics que vous pouvez drainer mais qui sont un peu plus vieux. Simplement, la différence, c'est l'intervention plus précoce peut-être. En tout cas, c'est un public qui a déjà des situations d'exclusion, qui sont des situations avérées.

Dispositif spécifique ? C'est une question. Je pense que sur le Vaucluse, puisqu'on va travailler sur l'ouverture d'un lieu, on fera la différence. De toute façon, on n'aura pas les moyens. Est-ce que peut-être on essaiera de comprendre finalement si on a raison de travailler d'entrée de jeu sur un certain nombre de publics et est-ce qu'ils ne vont pas eux-mêmes d'ailleurs s'exclure les uns des autres. Je n'en sais rien du tout. On pourra y retravailler.

### **Participant**

Je pense qu'il ne faut pas qu'on se transforme en « dialogue de médecin de santé publique ». Je pense qu'on intervient là pour que les gens réagissent dans la salle. C'est vrai que dans certains endroits, on est bien là sur la réduction des risques, la prévention. Au départ prévention de maladies du VIH, puisque le dispositif avait été créé comme ça, mais en même temps c'est vrai qu'on ne peut sûrement pas faire la même chose quand on est une « boutique » installée à Marseille depuis 5, 6 ans et quand on nous propose un projet de développement au Puy, à Clermont Ferrand, etc.. On ne peut pas non plus d'emblée, dans des structures qui se créent où il n'y a rien pour répondre à ce type de demande, les exclure. Ensuite, c'est vrai qu'il faudra se poser la question de savoir si on peut, si c'est le même boulot, si on peut recevoir tout le monde dans le même lieu et ça je crois que c'est un vrai problème. Mais d'emblée, si on crée quelque chose quelque part et qu'il n'y a rien d'autre, sous réserve de bien prouver qu'il n'y a rien d'autre, parce qu'il y a quand même des tas de dispositifs qui existent, insuffisants peut-être, mais des tas de choses.

C'est vrai que des tas de gens savent que sur notre ligne il y a des possibilités et à priori dans certaines zones rurales où il n'y a pas de réponses de dispositif spécialisé où il n'y a aucun lieu d'accueil pour ces jeunes qui ont des consommations de substances y compris intraveineuses comme tu le dis, où il n'y a aucune réponse, à mon avis ça serait dommage de l'exclure. Probablement que si la structure ne fait que ça, si elle perd de vue qu'il y a d'autres publics, à un moment donné, ça posera question. Je crois que les situations sont très différentes.

### **Aude GASQUEZ**

Pour nous justement, je me rends compte, puisqu'on est dans le centre ville à Marseille, qu'on a beaucoup de jeunes « travailleurs » et c'est pas tant une population au dessous de 18 ans qu'on reçoit ou peut-être... En fait, s'ils sont dans la rue, c'est aussi des problèmes de précarité sociale, ils n'ont pas de R.M.I., ils sont obligés de squatter et quand on passe ses journées dans la rue à attendre un lendemain qu'on ne connaît pas, la tentation de boire des « 8,6° » et de consommer des ecstasy qui peuvent traîner ou un cachet ou autre chose est très grande.

Faire un lieu d'accueil spécifique pour eux, je ne vois pas l'intérêt. Je pense qu'il vaut mieux leur proposer (un petit peu comme le TIPI), et c'est en ça que je veux travailler en réseau avec tout le monde... il y a des « boutiques » qui sont des centres de soins, d'accueil, d'écoute, il y a d'autres organismes qui sont là pour aider à l'hébergement, à d'autres choses, nous on propose des activités musicales, théâtrales ou autre. Effectivement, ça peut être un pied à l'étrier pour ces jeunes de ne pas se sentir rejetés de tout le monde, et d'avoir, après, la volonté peut-être, le jour où il y aura le R.M.I. de trouver une formation, enfin d'ouvrir des portes, de ne pas être dans la rue, seul, dès l'adolescence.

### **Abdelsalem KORICHI**

Je me pose la question suivante : « comment travailler avec les associations qui ont des compétences autres que le soin ». Nous, on voit qu'on a beaucoup de problèmes quand il s'agit de logement ou d'insertion. On voit des personnes tous les après-midis en train d'occuper le lieu, mais à rien, alors qu'on essaie de faire des orientations à partir de Protocoles.

Quand on se présente à ces associations, c'est comme si on collait une étiquette à ces personnes là. Nous, on a ce gros problème avec les associations extérieures au niveau du travail d'orientation. Aussi je voudrais qu'on définisse, qu'on redéfinisse, ce qu'est une « boutique ». Est-ce que c'est un tremplin ou une voie de garage ?

### **Sylvie POUGET**

C'est l'objet de notre atelier.

### **Marie-Christine ZIMMERLIN - Réduire les risques - Montpellier**

Quant à cette question des jeunes, ce que je serais tentée de dire, c'est ce que j'observe, que ça fait un petit peu la « boutique » poubelle parfois. C'est vrai qu'on retrouve des populations « type psychiatrique », il y a des jeunes en errance, donc des 13/18 ans, il y a des gens qui sont en dépendance alcoolique, il y a des poly toxicomanes, etc., etc.. C'est vrai qu'avec les moyens humains que l'on a et aussi les moyens matériels, c'est des fois très difficile de répondre et d'avoir trente-six casquettes. C'est d'ailleurs difficile pour soi, mais je pense que pour la personne qui est en face, c'est extrêmement difficile aussi d'avoir des repères.

Quant à cette population jeune, j'aurais tendance à penser que la notion de groupe c'est très important, surtout à ces âges là, où ils sont en période de structuration et que probablement, s'ils arrivent sur le terrain de la « boutique », c'est parce qu'ils sentent une possibilité d'accueil qu'ils n'ont peut-être jamais eue.

En tout cas, ils ont besoin de se retrouver entre eux avec des gens qui sont en capacité de leur renvoyer aussi tout un travail d'élaboration interne. Ça va prendre le temps nécessaire à chacun et c'est vrai que là, ça englobe aussi, c'est pas à part, la prise en compte de l'injection s'il y en a, et puis de tous les traitements de substitution.

Il y a une question, une interrogation sur lesquelles on ne se donne pas toujours le temps. Je pense que ce sont des personnes qui ont besoin d'un rythme et d'un temps qui est particulier à chacun. Pour les jeunes, je verrais plutôt un endroit spécifique et la possibilité de prendre le temps de « sortir » la fameuse demande dont on parle et qui est vraiment dans cette phase quelque chose d'important pour le jeune.

### **Sylvie POUGET**

Au-delà, me semble-t-il d'un endroit spécifique, s'ils devaient croiser le chemin des « boutiques », il me semble qu'on pourrait peut-être parler d'un accueil spécifique. C'est plus en terme de lieu, mais en terme de comment on les reçoit. Quand il arrive qu'un tout jeune majeur ou mineur se présente dans une « boutique », on ne peut pas le recevoir comme un vieux « junk » de 40 ans. On ne l'accueille pas de la même façon, on ne le reçoit pas de la même manière, je crois que c'est... (brouhaha).

### **Marie-Christine ZIMMERLIN**

Ce que je voulais dire par là, c'est que quand le jeune rentre dans une « boutique » où il y a des anciens, etc. un mélange, évidemment il ne se reconnaît pas dans le regard de l'autre. Ça c'est clair, il y a même tout de suite une différence « tu ne me comprends pas », on ne se mélange pas, voire, on s'assoit autour d'une table et on se tait. Ce phénomène est au niveau de l'appartenance du groupe. Ça, on doit pouvoir le repérer et en faire quelque chose, ne pas se contenter d'observer.

### **Sylvie POUGET**

C'est clair que tout ces jeunes, évidemment, sont fascinés quelque part, ils sont peut-être errants mais ils ont aussi probablement, s'ils en sont là, des problèmes familiaux, des tas des choses qui font qu'ils sont en période de fragilité. On sait bien que la rencontre de la drogue entre guillemets, à cette période là peut être tout à fait fulgurante et du coup faire effet de fascination et d'adhésion à une identité possible pour eux. Je crois que notre travail c'est d'être extrêmement vigilants quant à leur accueil et à ce qu'on fait avec eux.

### **Younès BELBEY - Pause Diabolo - Lyon**

Depuis ce matin j'entends des choses et moi, depuis mars, je suis dans cette « boutique », elle existe depuis 1996. On est deux sur Lyon, il y a Ruptures et Pause Diabolo, plus un bus de Médecins du Monde qui fait un travail à peu près similaire. Jusqu'à maintenant, j'assiste beaucoup à des réunions où on parle public, accueil, « boutiques » et jusqu'à maintenant, on est dans la frustration, c'est-à-dire que ce public là, c'est pas nous qui allons le chercher, c'est pas nous qui le choisissons, c'est eux qui viennent vers nous et on reçoit dans l'anonymat. Le gars va sonner à la porte, je ne sais pas s'il est toxicomane ou ce qu'il est, on va commencer à fonctionner, la personne s'installe, on la laisse se poser.

Ça s'appelle Pause diabolo, c'est pas pour rien, c'est un lieu de pause. Diabolo, il y a quelque chose de diabolique, diabolo menthe et après, si elle a envie de discuter avec nous, c'est elle qui « y va ». Il y en a qui rentrent direct, qui disent : « je sais que vous passez des seringues, je veux du matos ». C'est à disposition, c'est un peu éparpillé dans le local, on est un tout petit local.

A un moment, ( c'est vrai que géographiquement, on est situé dans un quartier où on a été pris d'assaut, quartier de la place du Pont. Je ne sais pas si vous connaissez Lyon, c'est le petit Barbes. C'est pas le public du quartier, c'est pas une résidence, c'est pas une ZUP, c'est le 3<sup>ème</sup> arrondissement, on est pas loin du cours de la Liberté, pas loin du 6<sup>ème</sup>, c'est le fait d'être vers une bouche de métro et on reçoit des gens un petit peu de partout ), on a commencé à avoir un public qui en chasse un autre, on voyait nos toxicomanes qui partaient.

Ce matin, j'entendais Jean-Marc qui parlait de deux « boutiques » à Toulouse, « boutique toxicomanes », « boutique solidarité ». Pendant des mois, on s'est « réunionnés » à se poser des questions, et c'est vrai que je ne suis ni éducateur, ni infirmier ou médecin, je suis animateur, mon expérience, je l'ai eu sur les quartiers et quelque part je suis en manque d'outils pour pouvoir répondre, et même si j'avais c'est outils là, je ne sais pas comment je pourrais m'en servir.

Quand je dis que le public nous choisi, c'est qu'on a des gens qui passent (vous les appelez les « voyageurs »), de passage. On est en train de réfléchir sur comment les accueillir cet été, eux ils se cooptent entre dans les gares ou dans les foyers d'hébergement. Eux, ils ont une facilité à rentrer dans la « boutique », moi j'ai une difficulté à en sortir. Eux, ils viennent, ils sonnent, ils rentrent, moi, je veux sortir et je me tape la porte contre le nez. On a envie d'aller plus loin mais on ne peut pas. Tout à l'heure, c'est vrai que les hôpitaux disent « on est submergés, on est dépassés, on est... ». Comme disait le collègue tout à l'heure, on tourne en rond, c'est des voix de garage. T'arrives, et à un moment, moi, j'étais très mal parce que je n'étais qu'un porte-clés. J'ouvrais, ils peuvent prendre des douches, je leur donne des rasoirs, des savonnets, ils peuvent laver leur linge. Je ne faisais qu'ouvrir et servir, c'est tout. C'est pour ça, j'ai choisi cet atelier là pour essayer d'avancer, d'aller un peu plus loin. J'ai beaucoup de choses à dire.

#### **Sylvie POUGET**

Je crois que c'est exactement ce pourquoi vous êtes là, c'est pour dire tout ce que vous avez à dire. Surtout n'hésitez pas, n'ayez pas peur d'exagérer.

#### **Michel CARATTI - Entractes - Nice**

Depuis ce matin, il y a une chose qui me frappe, c'est que les « boutiques » étant un lieu très ouvert, nous sommes les témoins des détresses multiples et variées, et pour lesquelles nous avons envie de proposer des solutions, ou en tout cas des débuts de solutions. Il me semble qu'une des fonctions sur Nice, c'est l'un de nos objectifs, c'est l'évolution des représentations des toxicomanes entre guillemets, des usagers de drogues. Effectivement, je crois que l'un des rôles des « boutiques » c'est de permettre d'avoir une observation de ces gens en grande difficulté qui ne sont nulle part, que ce soit les jeunes, que ce soit les patients psychiatriques en dehors des structures, que ce soit des gens très très marginalisés, peut-être l'une des fonctions, c'est d'être observateur, montrer un petit peu les difficultés là où elles sont. Je ne suis pas sûr qu'il faille qu'on réponde à toutes les difficultés, ça risque d'être le piège. Je crois qu'il faut que l'on sache se situer en montrant bien qu'il y a des difficultés pour les jeunes effectivement en rupture familiale et en errance, qu'il y a des difficultés sur le plan de la psychiatrie, des nécessités d'accueil simple, sans aller chercher le soin forcément.

Je ne suis pas sûr que l'on puisse répondre à toutes les demandes. Je crois qu'il faut aussi savoir qu'on a des limites, qu'on a des locaux qui mesurent tant de mètres carré et que si l'on veut tout accueillir, on risque de mal faire aussi. Je crois que là, on a peut-être une fonction d'alerte, notre fonction d'accueil nous permet d'avoir une connaissance du terrain et de l'évolution du terrain qui me semble primordiale. On doit interroger les pouvoirs publics, les relais doivent être pris par d'autres structures qui sont plus à même de répondre ou par des « boutiques » suivant le lieu bien évidemment. Sur une grosse ville la réponse ne sera pas la même que sur une petite ville.

#### **Participant**

Je voulais juste rajouter qu'au début quand ça s'est ouvert, on cherchait le quatrième pour faire un tarot. Après, ça a commencé à augmenter, jusqu'à l'année dernière, jusqu'au mois de mars, on tournait à 70, 80 passages par jour.

Là, on a eu des départs au niveau du personnel, on est en pleine restructuration, c'est reparti depuis le 9 mars. Maintenant on fonctionne avec un minimum d'entretiens, toujours dans l'anonymat mais on accueille plus longtemps la personne.

Le public qui n'était pas concerné par la structure, on lui donne rendez-vous le matin pour pouvoir l'orienter vers d'autres structures qui peuvent l'accueillir et c'est vrai que maintenant, il y a des liens qui se créent, il y a un dialogue même entre usagers, parce qu'avant ils ne se parlaient pas entre eux. Je veux dire que maintenant, on arrive à faire un travail qui me plaît.

#### **Sylvie POUGET**

Je voulais juste rebondir sur ce que vous disiez, je partage en partie ça. Simplement, dans les observations que j'ai eu à faire, je me suis rendu compte qu'il y avait des personnes qui venaient et qui n'étaient absolument pas concernées par la toxicomanie, donc par les usages de drogue en particulier.

En tout cas, ça pouvait être quelqu'un qui était alcoolique dépendant ou S.D.F. tout simplement, et s'étant aperçus que c'était un accueil spécifique pour les toxicomanes, revenir en disant « mais si, regardez » et donc, ils s'initiaient aux injections, c'est-à-dire, effectivement, ces gens qui sont dans une très grande précarité, qui sont carencés souvent affectivement, etc., ils sont dans une très grande détresse, s'ils

trouvent un point d'accueil où on va peut-être les écouter, où ils vont peut-être formuler quelque chose à un moment donné, c'est sûr, qu'ils ne vont pas la rater cette chose là.

Par contre, ils sont peut-être prêts à payer le prix très cher, et le prix à payer, et bien c'est vrai qu'il faut devenir toxicomane pour être entendu. Quelque part, il y a de ça. C'est vrai que moi, ça m'avait choqué, dans le sens que je me dis mais jusqu'où ils peuvent aller. C'est vrai qu'on ne peut pas faire l'économie de se dire : ces gens, ça serait super pour nous si on n'avait à s'occuper que d'une population, on serait plus à même d'apporter de bonnes réponses, or il se trouve qu'on est devant tout un éventail de populations diverses et variées qui viennent nous dire « mais nous aussi, on en a besoin, nous aussi on a quelque chose à... ». C'est ça qui est difficile à gérer, c'est ça qu'on trouve dans les « boutiques » tout le temps, et on a beau essayer de canaliser et essayer d'orienter et de réorienter, on bute toujours sur ce problème parce qu'on est en face de la détresse.

### **Sandrine SAUX**

Je voulais relever deux points. Nous, pour l'instant on a pas de « boutique », c'est en réflexion. On a un lieu qui s'appelle « espace accueil » où on accueille des malades qu'on suit au niveau VIH et où il y a des gens qui entendent parler de nous et qui viennent. J'ai observé un phénomène récent. Avant les anciens toxicomanes étaient très mal vus par ceux qui n'avaient pas contracté le VIH. Depuis six mois, ils se mettent à communiquer entre eux et à se trouver des ressemblances. Quelque chose de tout à fait nouveau. Je voulais le dire parce que je crois que quand on cherchait : quels publics et s'ils pouvaient cohabiter ? Je crois que ça vient de comment l'équipe va intégrer chaque personne à chaque place. Ça me semble important. C'était la première chose.

La deuxième chose au niveau des « boutiques », c'est de savoir qui fait quoi, quels sont les moyens ? Parce qu'on l'a relevé un petit peu. Je crois qu'il faudrait répéter quelque chose qu'on répète tout le temps, c'est-à-dire l'ouverture en réseau. Ce système en réseau ne peut fonctionner que si tout le monde s'assoit autour d'une table et qu'il y ait vraiment un médiateur à ce moment là. Souvent, chacun essaie de tirer la couverture à lui et des fois pour des questions budgétaires en plus, de garder leurs malades et ça donne (il faut dire ce qui est) : « Non non c'est le mien, il a le VIH. Non, c'est le mien, il est toxicomane ».

Je crois que cette éducation à faire, à venir, pour que les « boutiques » soient potentiellement, non seulement un Centre d'Accueil pour ces gens très précarisés et les toxicomanes pour que continue ce travail de réduction des risques, mais aussi un lieu de rediffusion de l'information, quitte à faire venir des gens d'autres associations à des permanences pour qu'elles se mêlent à tout le monde.

### **Jean-Marc ARBIOL**

Moi, je voulais réagir par rapport à ce que vous évoquiez sur les gens qui viennent, qui veulent entrer à qui on dit : « c'est pas vraiment chez toi ici, on pense qu'il y a d'autres lieux pour toi. » et qui vont « nous le prendre » sur la forme du chantage, parce que je pense que c'est de ça dont il s'agit. Quand un « mec » dit « bon, il ne me reste plus qu'à me shooter pour venir chez vous ». Je l'ai entendu plusieurs fois ça. Le truc, c'est que je pense qu'on a une responsabilité, de la même manière qu'on accueille des gens responsables. On a nous une responsabilité à tenir des positions et à ne pas être dupe de certaines manipulations, tentatives qui peuvent se faire. Je comprends très bien que des gens aient l'envie de venir dans des lieux où, on leur prend pas la tête, où c'est relativement « cool » ou le café est gratuit, la machine à laver etc., sauf que ce sont des lieux qui sont pas uniquement des lieux de prestations, ce sont des lieux d'accueil, avec tout ce que ça comporte sur le travail de lien dont je parlais ce matin, sur le travail d'orientation, etc. et sur l'intérêt que l'on peut porter aux gens qu'on accueille.

Je persiste à penser qu'on ne peut pas accueillir tout le monde. D'une part on a pas les moyens, d'autre part on n'a pas les compétences. Je ne pense pas que ce soit une bonne chose. Je me replace dans le contexte de Toulouse, donc dans une grosse ville, où je ne vois pas comment on pourrait faire dans une même « boutique » un accueil généraliste. Je n'exclus pas que d'autres solutions puissent être trouvées dans d'autres lieux. Il y a cette question là. Je vais prendre un autre exemple là-dessus. Comme je vous disais, on fait de l'hébergement en hôtel sur un principe d'une semaine de pause en urgence, etc. S'il y a des raisons médicales, cette semaine peut être prolongée et durer même très longtemps.

Ceci dit, régulièrement, les gens demandent à avoir une semaine de plus, une prolongation parce que quand on maintient la position, qu'on bosse avec un cadre et des règles, on peut entendre aussi, « alors, il ne me reste plus qu'à aller voler, etc. ». Attention à ces choses là.

### **Tina TORE – Totem et Tabou - Toulon**

Je travaille comme infirmière dans une « boutique » à Toulon qui s'appelle Totem et Tabou, alors pour ceux que ça inspire, ça en dit long sur ce qu'on tente d'y faire, en tout cas.

J'ai envie de réagir, un petit peu, en fonction de ce qui vient de se dire. Se souvenir quand même qu'il n'y a pas de structures (mentale.NDLR) toxicomanes. C'est important de se rappeler qu'il n'existe, comme le dirait *Zafirooulos*, que des névrosés, des psychotiques et des pervers toxicomanes et que peut-être à la « boutiques », il est important de le savoir et de se souvenir que c'est une pathologie du lien. Quand on accueille quelqu'un, il dit peu de choses de lui et c'est avec le temps et la confiance qui s'élabore qu'il va s'énoncer quelque chose.

A la « boutique », il y a des objets, ils le savent très bien, quand ils viennent, il y a les kits, il y a les douches mais, il y a aussi nous et peut-être que ça c'est important. Il y a nous avec ce qu'on est, et avec les formations qu'on a et avec les possibilités d'écoute qu'on a.

Peut-être qu'à Totem on a choisi ce pari là, non pas d'être dans les actions à mener ou dans les objets à donner mais à être le plus possible dans une écoute. Aussi pour rebondir sur ce que vous disiez, d'offrir la possibilité du lien, c'est-à-dire d'être dans la modalité d'une relation et être dans cette esprit là. On a pu constater, que de moins en moins on nous demande des objets, et de plus en plus on nous demande la possibilité d'une parole. Ça s'organise doucement. On est pas des psychothérapeutes, au sens religieux du terme, on est ni psychologue, ni psychanalyste, ni médecin, mais on a quand même une réflexion par rapport à ça, qu'on travaille. On se donne les moyens de travailler avec ça, puisqu'on a des réunions cliniques, qu'on a la clinique pour supporter ce travail là et que peut-être, à être comme ça, dans une acceptation de la complexité de nos rôles, mais aussi de la limite de ce qu'on est. On ne va pas pouvoir répondre à tout, ni accueillir tout le monde, moi je suis d'accord avec ça. Je pense qu'on est pas là pour ça et je pense que la première mission de la « boutique » est d'être là, à l'écoute, à l'accueil.

Je pense que ce qui fait le soin, c'est quand même l'accueil qu'on offre aux gens et qu'on est là au plus près de nos missions et qu'il ne faut pas vouloir répondre à absolument à toutes les demandes.

Le partenariat, ça existe, nous on l'utilise quand même beaucoup. On travaille avec une association partenaire qui est plus présente dans ce qui est de l'ordre de la domiciliation, de l'hébergement, avec le C.S.S.T., dès que quelqu'un est dans une demande de soin, peut-être plus spécifique et qu'il peut enfin entrer dans un travail de parole et de psychothérapie. Nous on est là, on écoute et on accompagne, peut-être que c'est modeste, mais il me semble que c'est ça le vrai travail de la « boutique » et pas forcément de vouloir répondre à toutes les problématiques. Quand il y a un psychotique, on connaît les endroits où on peut se référer, travailler en collaboration. Je ne m'étends pas mais c'est ce qu'on fait.

## **Philippe VERNON – C.E.I.D. – Bordeaux**

Je voulais confirmer, ce que disait mon collègue de gauche, sur le fait d'être un porte clés. Je suis aussi animateur, et c'est pas toujours facile d'être un porte clés. C'était une belle image, oui, c'est les « matons » d'habitude. Ça fait un peu plus de deux ans que la « boutique » est lancée, effectivement quand on a commencé les choses, on accueillait un public, d'abord sur une orientation du C.E.I.D. , parce qu'on a d'abord une structure, avec un siège social, un suivi, des entretiens, un cadre institutionnel un peu plus lourd que celui de la « boutique »... donc on avait des orientations d'un public qui venait du C.E.I.D. Après, de bouche à oreille on a pu toucher un public plus jeune, plus marginalisé, en errance et dans les squats. Notre pratique a changé avec le temps et notre vision des choses à changer. Le fait de se sentir dans une position d'accueillant sans forcément apporter quelque chose de concret à la personne, on l'a vécu au début et on le vit de moins en moins parce qu'on a d'abord baissé nos exigences de répondre à quelque chose. Effectivement, de ne pas vouloir accueillir tout le monde, ça me paraissait important. Quand j'entends les « files » de 50 personnes par après-midi... nous on est à 15, 20 personnes par après-midi. C'est vrai qu'on est pas dans la même démarche, en tout cas pas avec la même quantité. Mais on a pu développer aussi autre chose.

Nous sommes une équipe avec une assistante sociale et une infirmière, un médecin comme souvent dans les « boutiques ». Chacun a pu trouver sa place. Une personne me dit quelque chose, ensuite elle veut voir l'assistante sociale, je l'envoie voir l'assistante sociale, elle lui dit tout autre chose. On se retrouve après, elle m'apprends quelque chose sur la personne, on est complémentaires. Chacun a sa place, chacun a son rôle. Avec le temps et un cadre suffisamment élaboré, on arrive à trouver chacun sa place et à développer autre chose. C'est ce qui nous a permis aussi de développer des ateliers, diététique, esthétique ou n'importe quoi ou couture.

On a développé un « atelier journal » aussi, qui commence à fonctionner. On a sorti un premier numéro, peut-être qu'il y en aura un deuxième. On l'espère. C'est le type d'activité qu'on essaie de développer mais tout ça pour rappeler qu'en fait avec le temps, si on élabore un cadre suffisamment réfléchi, pensé, en éliminant le fait, « non on reçoit pas ce type de personnes », à partir de là on prend des liens.

Il y a les réseaux ville/hôpital, etc., des gens qui ont mis en place des choses depuis des années. Il faut savoir s'en servir, effectivement et pas vouloir prendre en charge toute la population qui est en errance dans la rue, aussi bien les jeunes que les plus vieux, etc.

A un tel point que l'accueil que l'on peut faire dans une « boutique », on le sait est très important, qu'on a même plus besoin d'accueillir, c'est presque ça, parce que le cadre en lui-même est déjà là pour rappeler aux gens quelque chose.

Il y a des gens qui viennent, on les accueille et ils s'en vont assez rapidement. En fait, ils ne restent pas là dans le lieu, parce que le lieu ne leur convient pas parce qu'on a installé un cadre qui veut que ces gens là ne peuvent pas rester là de toute manière. On ne les chasse pas, mais ils ne peuvent pas rester là.

### **Anne-Marie BRIEUDE**

Moi, je voulais donner l'expérience de l'E.L.F.. Nous, on a pas de « boutique » et on est dans la réflexion sur l'ouverture d'une « boutique ». On fait un travail de rue et dans le travail de rue, on fonctionne en binôme. Moi, je suis médecin de rue et je fonctionne avec un éducateur. Je voulais rebondir sur la possibilité du lien et c'est vraiment ce qu'on crée systématiquement dans la rue, c'est-à-dire la mise en confiance des personnes.

Je voulais aussi dire, par rapport au contact avec les mineurs, qu'il n'était pas forcément évident de savoir si quelqu'un était mineur dans la rue, en général, il ne va pas nous le dire. D'autre part sur le lien avec les mineurs, c'est très très compliqué, parce quand on accompagne dans un système de soins et comme ils sont souvent en grande rupture par rapport à la famille, ça devient compliqué. Là c'est un peu difficile. En tant que médecin de rue, mon boulot, si on me regarde à l'extérieur, je suis animateur de rue, c'est-à-dire que je distribue des seringues et des messages de prévention. Mais j'ai ma spécificité et s'il y a un problème au niveau médical, j'interviens et j'envoie à un partenaire, j'accompagne, si la personne ne veut pas faire la démarche toute seule ou ne peut pas faire la démarche toute seule ou est trop fragile par rapport à ça. Elle le verbalise. Je ne fais aucune prescription.

### **Sylvianne BORDEU - ARIT - Bayonne**

Je voulais savoir à propos de l'expérience de Bordeaux. Ça me laisse entendre que finalement les personnes qui viennent sont sédentarisées avec l'histoire des ateliers, des activités qui sont proposées.

### **Laurence DUPRAT – CEID - Bordeaux**

Je suis éducatrice avec Philippe, je travaille à la « boutique » et à un mi-temps au C.S.S.T. aussi. Quand on a eu envie de mettre en place un certain nombre d'ateliers, c'est à partir de deux constats. Ce qui me dérangeait, c'était que les gens venaient consommer. Dans une « boutique » on vient consommer de la prestation, des outils, du café, des seringues et je trouvais intéressant dans ma représentation des choses de pouvoir les faire participer, d'en faire des acteurs, de pouvoir en fait susciter des envies, des désirs, une ouverture sur le monde. Le journal était un prétexte comme un autre, c'est celui qui nous a satisfait le plus. C'est pour ça qu'on a commencé par mettre en place cet atelier et donc, on fait, on ne savait pas du tout où on allait et on a constaté qu'on a pu réunir dans ce groupe des usagers très différents dont certains ont des logements. Parmi les gens qui ont des logements, il y a des gens qui font la manche dans la rue, qui squattent dans un coin du quartier, en s'alcoolisant, etc., ils sont quand même perçus par les riverains comme assez dérangeants. A côté de ça donc, des jeunes, des plus âgés, qui sont, en on a parlé ce matin, plus orientés sur l'alcool, d'autres plus anciens sont héroïnomanes. Enfin, on s'est rendu compte que ces gens étaient très différents et on se posait la question de savoir si les groupes pouvaient s'exclure les uns et les autres. En petit groupe, en tout cas, ce n'est pas du tout l'expérience qu'on a eu. On s'est rendu compte, avec tout ce qu'on y met nous aussi, qu'au contraire, ils étaient satisfaits de se retrouver autour d'une table, qu'ils avaient envie d'échanger, d'apprendre les uns des autres. Cette notion d'échange, au C.E.I.D., on a appelé notre programme d'échange de seringues, « l'échange ».

On avait envie que les choses puissent tourner autour d'autre chose que de ce matériel et on est content de constater que ça fonctionne bien, même avec un public qui au départ est très marginalisé. Ça ne se fait pas du jour au lendemain, c'est très long d'amener quelqu'un à participer à l'atelier, ça prend des fois plusieurs mois, ils en parlent pendant des mois avant d'accepter, d'arriver à venir dans une réunion, mais je crois qu'on travaille aussi, on l'a dit tout à l'heure, beaucoup sur le temps.

C'est une notion indispensable, on est là, on est disponible, ils savent parce qu'ils observent, ils connaissent ce qu'on peut leur proposer et il faut attendre que ça vienne d'eux. Avec beaucoup de patience, on est satisfait de voir des choses qui arrivent.

**Philippe VERNON**

Pour répondre sur la sédentarisation. En fait le principe de « l'atelier journal », c'est simplement un cadre. Vous avez des pages blanches, vous venez remplir un article, vous en faites un ou vous n'en faites pas. A partir de là, les gens viennent, ils s'en vont, peu importe. Il y avait la volonté très forte dans « l'atelier journal », de la part des patients, de parler de précarité, de toxicomanie etc. Nous notre volonté, c'était de parler de tout sauf de ça, de parler des affaires politiques, de n'importe quoi, de la culture, de l'art etc. Faire un article sur la toxicomanie oui, mais pas faire un journal sur la toxicomanie, ni sur la précarité. On a monté des dossiers. Notre premier dossier c'était sur la précarité parce que les demandes étaient tellement fortes, qu'on pouvait difficilement faire contre, mais le deuxième dossier, c'était sur la nourriture. Pour le coup, on est allé ensemble, avec des gens qui faisaient des squats, sur les marchés, prendre les photos et tout, il y a des échanges avec les commerçants, on essaie de s'ouvrir vers le monde...

... (*Inaudible*)

**Participant**

...très ramassé, je dormais tout à l'heure et je n'ai absolument rien entendu, de tout ce qui a été dit. Je suis ravi, étant donné que d'habitude, pour le boulot, quand je viens ici, c'est pour des petits problèmes de pouvoir très pénibles et je suis content de pouvoir venir ici pour dormir grâce à mon activité de militant, parce que je ne travaille pas dans les « boutiques ». C'est un plaisir quotidien de ne pas travailler dans les « boutiques ». Je voulais juste dire que dans mon sommeil, j'entendais le Vaucluse. J'ai passé un an dans le Vaucluse, je me suis énormément ennuyé à Avignon. Le Vaucluse parlait de problèmes de moyens, on aura pas beaucoup de moyens. Je voulais juste dire que la « boutique » de Toulon, on l'a ouverte sans aucun moyen et c'était formidable. Maintenant qu'on existe, il faudrait que ça coûte extrêmement cher, sans ça, ça ne vaut rien, mais que dans la « boutique » de Toulon, ça serait bien qu'un jour, on ne donne aucun objet, aucune chose concrète, on organise aucun atelier, et que par contre chacun ait le moyen du travail sur soi à condition que moi aussi, je sois là.

**Participant**

Au niveau des « boutiques » quand on disait, « définir les « boutiques » et comment se définir ? ». Je m'interpose par rapport à tout le monde, moi la première. Quand on parle de nos expériences, c'est de notre demande à nous vis-à-vis d'eux. Ça, c'est un débat que nous, on ouvre de plus en plus au sein de notre travail, c'est un conflit que j'ai souvent avec le médecin de notre équipe, parce qu'il faut leur faire faire des activités, mais eux, ils ne veulent pas. Là, je me demande finalement, qui a le plus de demandes, si c'est eux ou si c'est nous. Cette question, j'aimerais vraiment que vous pensiez à vous la poser. Je crois que c'est une réelle demande. Et puis notre frustration surtout quand ils ne répondent pas à notre demande à nous. Comment nous on gère cette frustration, et peut-être notre difficulté à définir les « boutiques ». Est-ce qu'elle ne vient pas finalement de cette frustration là ? On veut toujours faire plus et mieux et finalement, il faut qu'on soit humble avec nous-mêmes et puis aussi humble avec eux-mêmes, je pense.

**Participant**

C'est un cercle vicieux, plus ça va, plus on continue, pour répondre à ça, à mon avis, le meilleur moyen, c'est la pluridisciplinarité. C'est bien d'avoir un avis médical, un avis d'infirmier, un avis d'assistante sociale, un avis d'animateur, etc. Chacun fait la contre balance, quand il n'y a pas d'enjeu de rivalité et de pouvoir, mais quand l'équipe est à peu près installée, c'est pas mal, on a des avis différents. Ce qui permet, je pense d'éviter ce genre d'abus, parce que ça peut effectivement arriver assez souvent.

**Participant**

Je suis assez à l'aise avec le fait effectivement d'avoir des exigences et des attentes de la part des gens que je reçois et avec lesquels je travaille, sachant qu'évidemment, on n'est pas non plus dans l'activisme et chacun prend ou donne ce qu'il peut ou ce qu'il a envie de donner à un moment précis. Effectivement, moi, je pense que même dans une « boutique », on parle souvent d'exigence et on peut avoir des exigences et des attentes.

Moi, je travaille dans ce milieu depuis une dizaine d'années, j'ai eu l'impression de beaucoup donner, je crois que j'ai reçu aussi beaucoup de la part des usagers et j'avais envie de le formaliser un petit peu. Je crois qu'on peut échanger, je crois que c'est gratifiant autant pour eux que pour nous et que ça peut leur donner envie d'avancer.

### **Participante**

Je voulais juste rebondir sur la question du lien et des objets, à savoir que ça n'était pas forcément incompatible, c'est-à-dire que les gens qui viennent dans la « boutique », finalement de leur proposer un support autour duquel, ils vont pouvoir avoir un espace et justement créer des liens et des échanges, c'est pas incompatible.

Le support, c'est important, c'est comme le jeu de boule, on se retrouve autour et c'est « sympa » et c'est autre chose que simplement le jeu. C'est vrai que les supports c'est aussi important, surtout pour les gens qui sont en grande précarité et qui ont peut-être faim, qui ont des besoins de première nécessité. On ne peut pas leur demander en plus de se mettre à réfléchir et tout ça, s'ils ont le ventre vide, s'il ont mal, etc. Ce ne sont pas des questions qui sont incompatibles, je pense qu'il y a de la complémentarité là dedans. C'est qu'une question de gestion, des humains qui sont autour et je rejoindrais, ce que disait mademoiselle ou madame sur la question de nos propres demandes. C'est vrai que là, il faut faire une place à la personne en face, et c'est sûrement la partie la plus difficile.

### **Sylvie POUGET**

Moi, je voulais juste dire quelques mots, mais tout ça est en lien, c'est le cas de le dire, avec le « porte clés » que vous avez évoqué tout à l'heure. A propos de la question du lien, je trouve que finalement dans les « boutiques », les gens arrivent avec ce qu'ils sont, c'est-à-dire, la plupart du temps, venant de la rue, et donc ils arrivent comme ça. Je ne vois pas la question de l'objet qu'on échange, de la prestation qu'on propose. A mon sens, ça ne peut être que prétexte, prétexte à quelque chose de l'ordre de la restauration, d'un corps complètement désintégré par la vie dans la rue, désintégré, c'est un terme un peu fort mais je ne trouve pas le mot exact, en tout cas d'un corps abimé. Ce qui est important, me semble-t-il, c'est que tout fasse prétexte à du lien. Alors, peut-être qu'il y a des équipes, des lieux où le lien peut se faire autour d'un atelier, pourquoi pas, autour d'un journal. Peut-être qu'à des endroits où il y a pas encore cette possibilité là et que c'est simplement recevoir quelqu'un comme ça et puis simplement échanger quelques mots autour d'un café et puis quelquefois se taire. Ça aussi, ça peut faire du bien.

### **Participante**

Moi aussi, je rebondis là-dessus, c'est-à-dire que le lien, il se fait aussi avec nous-mêmes, avec notre propre particularité, notre personnage, et par rapport à nos activités, chacun aussi peut avoir la possibilité d'effectuer une activité, comme le public aussi peut avoir une possibilité de sélection d'une activité, on peut tout voir.

### **Participante**

Je trouve que le débat actuel est un petit peu surréaliste, on est en train de dire, que les trucs qui sont importants, c'est de parler, de faire un travail sur soi, de faire des ateliers et puis ceux qui ne le sont pas, c'est de laver son linge, de manger, de boire du café.

Je dois être un petit peu terre à terre mais je trouve que tout ça est important.

### **Participante**

C'est pas vraiment ce qu'on a dit. Personne n'est dupe, eux ils viennent avec ce qu'ils sont et ils savent ce qu'ils viennent chercher parce qu'ils savent qu'on le possède. La question ne se pose pas. Nous, on est convaincus qu'ils ont besoin de douches, de kits, sinon on ne serait pas là. Par contre, je pense qu'on a la prétention, tous autant qu'on est, de penser qu'en dehors de ces objets, il y a autre chose qui se montre.

Moi, je suis infirmière et ce qu'on vient me montrer, c'est un corps qui est toujours meurtri, c'est des abcès, c'est des véritables horreurs par rapport à ce qu'ils peuvent se faire. Ce qu'ils viennent dire à travers le corps, en tout cas, ce que je pense de ce que j'ai à faire, ce n'est pas à voir et à rester figée par rapport à ça. C'est à entendre autre chose au-delà du corps meurtri.

Ce qu'ils me montrent, c'est ce qu'ils peuvent me montrer, c'est des fois, la seule possibilité qu'ils ont de lien, c'est-à-dire d'être traversés, leur permet aussi de dire quelque chose qu'ils ne peuvent pas dire autrement. Peut-être que là où on a un rôle fondamental, c'est d'entendre cette autre chose.

**Participant - Association Réduire les Risques - Montpellier**

Juste pour changer un petit peu, je reviens sur l'histoire des jeunes, mais sur un autre aspect. A Montpellier, on a trouvé pertinent, d'ouvrir le mercredi, pour faire une « boutique » au féminin. On s'est rendu compte que finalement toute la semaine, il y avait beaucoup d'hommes qui venaient et quelques femmes et que ces femmes toxicomanes avaient aussi des enfants et se retrouvaient finalement souvent absentes de ce lieu là. On s'est dit c'est pas parce qu'on ne les voit pas ou peu, qu'elles n'existent pas. Par conséquent, on a pensé ouvrir une journée spécifiquement pour les femmes. Ce qui leur a permis de se retrouver et donc justement de discuter entre elles d'autre chose que d'être dans le conflit et la compétition avec les hommes lorsqu'elles venaient et de parler d'avantage de leur sexualité, d'un certain nombre de choses, de leurs difficultés d'être mère.

Tout ça, ça a été possible parce qu'elles ont retrouvé des femmes en face de femmes. J'imagine simplement comme ça, que en ce qui concerne les jeunes, là aussi, il y a cette rencontre immédiate avec l'autre qui déjà est un premier support important pour pouvoir aborder les problèmes de toxicomanie et tous les autres problèmes en deçà et dont ils ne parlent pas.

**Participant**

Je me rappelle, il y a un an ou deux ans, on avait été dans le 18eme à Médecins du Monde, faire une réunion sur les « boutiques » et j'avais entendu une question qui m'avait frappée « Est-ce qu'une « boutique » doit être juste un accueil ou est-ce qu'on doit y faire du lien, du soin, etc. ? ». Pour moi, la question ne s'est jamais posée, et ça rejoint un peu ce que vous dites. Je pense que tous les moyens sont bons. A partir du moment où vous êtes là, en face d'une personne qui montre quelque chose, que ce soit des abcès, presque des « bubons », n'importe quoi, tout est prétexte à créer du lien. Ce lien se débloque un jour parce que vous parlez pendant six mois avec une personne et qu'elle vous trouve sympathique parce que, je ne sais pas, vous ne lui prenez pas la tête à lui demander quand est-ce que tu arrêtes ou ce genre de choses et qu'au bout de six mois et un jour elle vous lance un petit truc. C'est à nous à ne pas nous endormir pour ne pas voir ça. Il faut pouvoir le voir toujours, essayer d'être en éveil, mais tous les prétextes sont bons.

**Sylvie POUGET**

Au regard du temps qui passe, est-ce qu'il y a des choses, qui vous semble-t-il, n'ont pas été évoquées ? Il y a des choses dont on a parlé beaucoup, les jeunes, les histoires de la co-morbidité psychiatrique...

**Nicole LABROSSE-SOLIER**

Effectivement, là le problème des femmes, vient d'être évoqué et je pense que ce n'est pas bien commode pour une « boutique » de recevoir des femmes. C'est peut-être d'autres problématiques. Est-ce qu'il y a d'autres échos dans la salle là-dessus ? Ça, nous intéresse aussi.

**Bruno TANCHE**

Nous avons eu à Marseille la même démarche, mais ça n'a rapidement pas fonctionné. Par contre ce qu'on a fait, c'est réorganiser. On a eu la chance de pouvoir le faire en réorganisant les locaux avec effectivement, un accueil avec tout ce qui était sanitaire/femmes d'un côté, hommes de l'autre et ça a, je crois grandement facilité les choses.

**Participant**

Par rapport à ce qui a été dit ce matin par deux ou trois personnes, le monsieur responsable de la structure Intermède à Toulouse, je crois a été le premier à en parler, c'est la substitution par voie injectable.

Alors, j'étais contente d'entendre parler de ça, et j'ai été stupéfaite, je pèse mes mots, de n'entendre aucune réaction dans la salle, comme si c'était quelque chose d'intégré pour tout le monde, d'évident. Je voulais juste dire ça, parce que j'ai été surprise que ce soit l'alcool qui fasse réagir les gens et pas la substitution injectable.

**Sylvie POUGET**

Quelque chose d'évident ou justement pas du tout, puisque on en a rien dit.

**Participante**

Il me semble que normalement, ça aurait dû faire réagir ou soulever des passions, ça n'a pas été le cas, ça m'a étonnée.

**Sylvie POUGET**

Effectivement, je le pense aussi.

**Bruno TANCHE**

Et à ce titre, la question de lieux de shoot, n'a pas du tout été abordée également.

**Sylvie POUGET**

C'est la « boutique » de demain, ça je crois Bruno.

**Participante**

Moi, je trouve que c'était très intéressant ce qu'avait dit le médecin là-bas, et que je trouve que c'est quand même quelque chose à laquelle il faut qu'on pense dans l'avenir. Parce que, il y en a qui se shootent avec n'importe quoi, parce qu'ils sont « accro » au shoot. Il faut arriver à trouver une substitution qu'on puisse injecter, ça me paraît vraiment très clair.

Quand j'ai demandé le micro, c'était pour répondre par rapport aux femmes, puisque nous, on en a fait l'expérience depuis le mois de mars. On a choisi le mercredi, parce que c'est le jour des enfants et elles peuvent venir avec leurs enfants et donc, elles en profitent. Les deux premiers mois, on a eu très peu de monde, trois personnes. Et là ça commence, il y a le bouche à oreille qui est parti et on a ouvert un atelier spécifique, les hommes sont jaloux, ils nous l'ont dit. On fait un atelier de relaxation, on a une personne qui a une formation, sur le massage coréen et thaïlandais, spécifique pour tout ce qui est relaxation, enlever tout stress ou tension. En ce moment, elle ne travaille qu'avec les femmes, parce que c'est une approche du corps et c'est très spécifique. Cet atelier a énormément bien marché.

**Participante**

On a évoqué, d'une façon très très rapide le travail en direction des raves. Moi, je n'ai pas d'expérience directe là-dessus, mais par contre ça m'intéresse beaucoup et je voulais savoir, si parmi vous il y a des gens qui ont pu mettre en place quelque chose de pratique de ce côté là. Ça c'était la première chose et la deuxième petite remarque, c'était le travail qu'on peut faire, pour parler tout simplement le même langage et avoir des mêmes relations, un petit peu plus facile, avec les gens qui s'occupent d'alcoolisme. Je ne sais pas comment ça se passe ailleurs, mais à Marseille, c'est extrêmement difficile, de même qu'on a des difficultés avec les milieux psychiatriques pour faire prendre en charge des gens qui sont toxicomanes, on a le même genre de difficulté pour des toxicomanes ou ex-toxicomanes alcooliques.

**Jamel CHIDEKH - Aides Languedoc Cévennes - Nîmes**

Je suis volontaire à Nîmes, je voulais réagir par rapport à la substitution. On a pas réagi mais on est concerné. On a fait un journal et c'est les usagers eux-mêmes qui l'on réalisé et il s'appelle « Substitution et usages de drogue ».

On aurait pu réagir par rapport à un certain nombre de choses, les femmes aussi, mais là je réagis par rapport à la substitution, parce qu'on en sort et on a édité un journal avec l'aide des usagers.

**Sylvie POUGET**

Ça nous intéresse d'en voir le contenu.

**Nathalie BARRY – Centre Logos - Nîmes**

Moi, je voulais juste réagir par rapport à la féminisation des « boutiques ». Nous on a d'abord féminisé l'équipe et de là, ça a féminisé aussi les personnes qui venaient, mais elles ne se sentaient pas toujours à l'aise, alors on a créé un espace parents-enfants dans la « boutique » même, sans qu'il y ait de jour, d'heure de venue posés.

Les femmes peuvent venir à tout moment et parler de leur féminité, de leur rôle de parents, et les pères aussi d'ailleurs et je crois que c'est important parce que, nous on a pas vu la chose d'un point de vue « journée spéciale ». On n'a pas voulu partager les choses, on a voulu englober, et je crois, que justement, c'est aussi une affaire de cohabitation, hommes – femmes toxicomanes. Au départ les femmes toxicomanes à Logos avaient un peu de mal à cohabiter avec des hommes toxicomanes, peut-être pour des raisons de rapport de force, je ne sais pas. Avec l'espace, parents-enfants, ça a peut-être renforcé la cohabitation. Ça a rendu possible, une certaine cohabitation et peut-être pas forcément en les séparant.

**Jean-Jacques SANTUCCI - AMPT - Marseille**

C'était pour dire deux ou trois mots de ce qui se passe à Transit concernant la réflexion sur un accueil qui serait spécifique pour les femmes, ce qui est toujours une difficulté. Effectivement, on avait ouvert le mercredi, et ça a vite « capoté ». Il y a une esthéticienne qui fait un travail assez particulier avec les femmes qui fréquentent Transit mais pas qu'avec les femmes. C'est un souci qu'on a depuis quelques années, une préoccupation. On se demande bien comment répondre précisément à cette préoccupation et là, c'est Caroline Gasiglia, qui est infirmière et qui travaille avec le Planning Familial à la mise en place d'un travail qui va vraisemblablement voir le jour à la rentrée autour de la contraception, autour du désir d'enfant et aussi autour de la parentalité. Il nous a semblé que c'était une des façons de se préoccuper des ces personnes là particulièrement, sur un versant qui les intéresse, qui les bouleverse sans que ce soit complètement plaqué. Bon je ne peux pas en dire beaucoup plus, si ce n'est qu'on travaille avec le Planning Familial, parce que l'idée, c'est toujours dans l'optique, « la boutique » c'est une étape ou une finalité, c'est que les questions qui vont se poser à Transit, elles puissent aller se traiter à l'extérieur de Transit. On travaille avec le Planning Familial pour cette raison là. Je voulais juste donner cet exemple d'ouverture possible.

**Participant**

Moi, je veux bien répondre à la question par rapport à l'alcoolisme. Il est vrai que, je parle du point de vue du médical que je connais bien, au niveau médecine, c'est toujours les pratiques des usagers qui nous ont amenés à les soigner. On a toujours eu un temps de retard par rapport à ça et actuellement, on est aussi dans un temps de retard par rapport à la polytoxicomanie.

Actuellement les médecins commencent à être formés sur les multiples produits. C'est une approche qui est assez intéressante puisqu'on passe du tabac, à l'alcool et à ce qu'on a appelé drogue. C'est pour ça qu'il est important aussi qu'on soit clair avec la représentation qu'on a nous-mêmes des différents produits. C'est assez intéressant de philosopher là-dessus, de dire mais pourquoi est-ce qu'on ne boit pas de l'alcool dans les « boutiques » alors qu'on a le droit de fumer ? Pourquoi on a pas le droit de s'injecter de l'héroïne dans les « boutiques » et qu'on a le droit de fumer ? Et si on a le droit de s'injecter de l'héroïne dans les « boutiques », pourquoi est-ce qu'on aurait pas le droit de boire ? etc. C'est assez intéressant par rapport à ça et c'est vrai que par rapport à l'approche des pathologies c'est aussi un travail qui est intéressant, parce que comme on disait sur le trouble du comportement avec usage, si ce n'est pas un trouble du comportement, il est important de pouvoir mettre un espace entre une tension et un acte et d'essayer d'aller à la source de cette tension et de cet acte qui n'est pas forcément l'acte de prise du produit, qui est souvent en rapport avec autre chose. C'est vrai que ça c'est important, parce que c'est un travail de longue haleine et on peut le faire sur n'importe quel produit. C'est pas parce que quelqu'un s'affiche comme malade alcoolique ou comme toxicomane qu'on en arrivera pas là. On peut être dans la généralité par rapport aux conduites de prises de produits. Actuellement, c'est vrai qu'on est dans deux cultures différentes.

**Participant**

Je voulais seulement rebondir sur des petites choses. Là on est en train de parler des drogues, on parle de l'alcool, de ci, de ça. Moi, j'ai envie de le faire en deux temps. On parle de drogues légales et illégales. Pourquoi, il n'aurait pas le droit de shooter dans la « boutique », et bien, c'est illégal de shooter, c'est illégal d'avoir de la cocaïne ou de l'héroïne sur soi. Tout à l'heure quand on a parlé d'injection de substitution, j'ai fait une petite phrase en disant qu'on a le droit de leur donner des seringues mais on ne leur met rien dedans. Voilà pourquoi, je suis pour la substitution injectable et je voulais revoir ça par rapport à la loi de 1970. On met encore les toxicomanes en prison. On est en train de tout dire : qu'ils sont des malades, qu'il faut les soigner mais on les met aussi en prison. Je pense que cette loi, nous aussi puisqu'on travaille tous avec des toxicomanes, on peut y réfléchir. Au mois de décembre, cette loi aura 30 ans. Je pense qu'on peut aussi arrêter ce genre de chose, les mettre en prison.

Tout le monde travaille mais on se demande vraiment comment, des fois. On est overdosé nous aussi de choses qui ne sont pas tout à fait légales, alors que l'Etat, les pouvoirs publics nous donnent de quoi faire un bon travail.

### **Participant**

Par rapport aux équipes pluridisciplinaires, il y a quelque chose qui m'a toujours posé problème. C'est, pourquoi dans une équipe pluridisciplinaire, on avait des acteurs sociaux, éventuellement des médecins en vacation (c'est-à-dire quelques heures), des infirmières, mais on avait rarement, c'est impulsé depuis peu, des psychiatres ou des psychologues, qui ne soient pas forcément dans un cabinet, dans un bureau avec une porte fermée, à faire quelque chose d'analytique. Ça serait bien, je pense d'avoir une approche différente, comme moi, je peux avoir une approche différente en tant qu'animateur, parce que la personne va me parler différemment, parce que je vais lui parler différemment qu'un psychologue. Je pense que la complémentarité de tout ça permet de cerner un peu plus les problématiques de la personne qui est en face de nous. Je pense que ça ne peut que l'aider. Mais il y a une volonté manifeste, quand même depuis très longtemps de ne pas vouloir mélanger tout ça. Les psychologues restent dans leur cabinet et les éducateurs sont dans la rue. Pourquoi, est-ce qu'on ne pourrait pas de temps en temps mélanger un peu tout ça et faire une équipe vraiment un peu plus riche et ne pas avoir un côté médical... quoique maintenant c'est en train de changer avec les « boutiques » parce qu'on est dans le cadre de la réduction des risques, donc forcément on est obligé d'introduire des médecins et des infirmiers mais les psychologues restent encore en dehors.

C'est pas parce que je parle de psychologue, que forcément il y a notion de psychothérapie derrière. Ça ne veut pas dire ça. C'est une histoire de compréhension du langage qui est différent. La personne qui va me dire quelque chose, je vais être avec mon expérience et mon savoir, je vais analyser ça à ma manière, mais lui va analyser plus profondément et va pouvoir comprendre son personnage et pouvoir aussi, intervenir différemment. Ça me paraît dur, je ne sais pas comment ça se passe ailleurs, mais c'est difficile d'avoir ça.

### **Marie-Anne SANQUER - DDASS - Bouches-du-Rhône**

Je suis chargée de mission Sida à la DDASS 13. J'ai écouté tout ce qui a été dit et notamment je me suis retournée sur la plaquette. Le titre de cet atelier était : « Quels projets pour quels publics ? ».

A vous entendre, j'ai essayé d'identifier si effectivement, apparaissaient différents publics et si par rapport à ces publics, il y avait effectivement des projets différents. Il m'est apparu, c'est mon point de vue en tant qu'observateur de tout ces débats de la journée, qu'effectivement vous avez pu par votre expérience et par vos témoignages, identifier, je dirais grossièrement, ce qui n'est pas du tout étonnant d'ailleurs, deux publics qui sont séparés par leur sexe, qui sont les femmes et les hommes. Ce qui n'est pas étonnant, mais, de ce que j'ai entendu, il apparaissait que ceux qui avaient pu essayer de développer un accueil pour les femmes avaient effectivement mis en place un certain nombre d'activités et certains projets en direction de cette population, si je peux m'exprimer ainsi, et qu'on a vu apparaître, outre le lien, etc., des activités soit qui font s'exprimer la femme dans son identité, soit retrouver son identité, je pense notamment aux ateliers d'esthétique, ou alors essayer de réguler le stress par les ateliers massage, etc. ... qu'il y avait quelque chose d'autre, de plus que l'accueil et le lien.

Je me suis un peu interrogée par rapport à, et ce qu'on a pas entendu, à part quelques expériences à Bordeaux et au Tipi, qui s'adressaient à une population plus générale, pas spécifiquement aux hommes, par exemple l'activité artistique et le journal. Moi, ça m'a un peu interrogée sur, est-ce qu'effectivement il y a bien deux populations ? Est-ce que les femmes toxicomanes, alors qu'on décrit qu'elles ont plus de difficultés socio-économiques, qu'elles cumulent les difficultés sont malgré tout plus réceptives à élaborer un projet de vie, ou est-ce qu'on sait mieux faire avec les femmes et est-on en mesure de leur proposer quelque chose, alors qu'on sait peut-être moins bien faire avec les hommes.

C'est une question que je me suis posée. Est-ce que ce n'est pas notre savoir faire qui est effectivement différent par rapport à ces deux populations ? C'est une observation que je vous livre.

### **Participant**

J'entends ce que tu disais sur ces deux populations, mais, moi, je n'ai pas entendu que ça en tout cas. J'ai entendu une très grande diversité de groupes et de populations. J'ai entendu une évolution sur quelques années, entre un public au départ tout à fait injecteur de produit, et aujourd'hui, des publics qui ne sont pas seulement injecteurs, des publics jeunes. J'ai entendu une différenciation de la population par l'âge, une différenciation de la population par rapport au produit utilisé, avec toutes les questions posées par rapport à l'alcool, par rapport au savoir faire, par rapport à des cultures différentes.

J'ai aussi entendu des différences de populations par rapport à la toxicomanie, ou à la précarité, c'est-à-dire, l'appartenance à un groupe social. Je me dis, est-ce que la donnée sexuée, n'est pas à travailler à chaque fois au niveau de ces groupes, en complexité.

**Marie-Anne SANQUER**

Je réponds rapidement. Moi aussi j'ai entendu la même chose que toi, mais ce que je pense aussi avoir entendu c'est que si on se recentre sur la question posée « Quels projets pour quels publics ? », on a entendu beaucoup d'interrogations par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme, différents problèmes d'addiction, etc. On s'est posé beaucoup de questions et on a pas vraiment apporté de réponses et de solutions pratiques, de projets, si tu veux. On a pas construit quelque chose vraiment.

Ce que j'ai perçu, par contre pour un public de femmes qui semblait être beaucoup plus restreint avec des expériences un petit peu incomplètes, parcellaires qui ont eu des échecs, effectivement, là il est apparu qu'on a été capable de construire quelque chose. C'est en ça que je me dis, est-ce qu'on a oui ou non la capacité de construire ? Est-ce que vraiment, il y a un public différent ?

Moi, je me recentre vraiment sur la question qu'est l'objet de l'atelier.

**Participant**

J'aimerais relever deux choses. Tout d'abord la question de la loi. Je me retrouve aussi dans l'impasse à la mission « Rave » à Bayonne sur, où se pose la limite de ma marginalité, à quel moment je suis dans la loi et à quel moment, je n'y suis plus ? Ça, c'est tous les jours et c'est tout le temps, c'est 24 heures sur 24. Quand je m'adresse à un usager, surtout un usager qui est usager occasionnel ou nocif, c'est-à-dire qui n'est pas dans la dépendance, donc qui ne correspond à la loi que suivant la situation. Ça c'est la première chose et puis la deuxième chose qui m'a marquée, c'est quand tu parlais de pluridisciplinarité. Ils ont fait une expérience assez sympa pour moi, c'est qu'ils m'ont embauchée en tant qu'emploi jeune. Je n'ai pas mon titre de psychologue mais j'ai un niveau D.E.A. et j'ai une maîtrise de psychopathologie. Les malades m'ont parfaitement intégrée, viennent me parler, se confient à moi et tout, ils m'appellent, la « psy », l'apprenti « psy » mais par contre quand on veut les diriger vers un psychologue ou un psychiatre, ils refusent, alors qu'en fait, il y a que six mois qui me « décalent » avec eux et ça c'est quelque chose qui est assez étonnant. Je leur demande pourquoi et souvent ils ont eu des « *inaudible* », des expériences avec la psychiatrie pas très très « cools ». Moi, quand je suis rentrée, ils m'ont intégrée, on m'a présentée comme une apprentie psychologue et ça ne c'était pas très bien passé. Après, on m'a « sortie » de ce titre, eux ont continué à m'appeler la « psy » quelques temps, peu à peu maintenant ça s'estompe. Maintenant ils parlent, c'est-à-dire qu'à partir du moment où je suis finalement « un animateur », je suis beaucoup mieux intégrée dans leur parole que si je suis un « psy ». Quand le médecin disait qu'elle ne donne pas de prescriptions, je comprends tout à fait qu'il vaut mieux intégrer en tant qu'animateur, que si elle se présentait comme médecin, à mon avis, il y aurait de plus en plus de rejet.

**Participant**

Juste un mot un petit peu provoquant pour répondre à Marie-Anne, moi j'ai l'impression qu'en fait, les hommes viennent. Le problème c'est plutôt de savoir quel type d'hommes viennent, comment travailler avec eux sur quelque chose. Les femmes ne viennent pas dans les « boutiques », c'est pour ça que je crois que pour les faire venir, il faut leur proposer quelque chose parce qu'elles se sentent très exclues, les femmes toxicomanes de ce monde, elles ne veulent pas s'afficher. C'est vrai que c'est plus difficile, alors, est-ce que c'est parce que c'est plus difficile que vous ne faites plus de projets ? Je ne sais pas. Effectivement, je crois qu'il y a des projets pour les hommes mais ils viennent naturellement, ensuite ils sont construits avec eux, alors que les femmes il faut leur proposer quelque chose.

**Participant**

C'est la question des femmes. A la fois c'est vrai que dans la « boutique » il y a quand même, dans le personnel accueillant, une majorité de femmes. Ça c'est un facteur. Ensuite, c'est vrai que ces femmes, en général, elles sont quand même bien inscrites dans les institutions et tout ça. Elles savent où aller. Elles sont inscrites un peu partout. Mais tout ça, c'est bien morcelé, et puis il y a des fois des enfants autour d'elles et elles sont dévalorisées, déresponsabilisées aussi. Donc, il y a quand même une demande sous-jacente derrière tout ça, pour se réintégrer en tant que femme et retrouver une valeur de mère mais aussi de femme. Et c'est tout ce travail de support et aussi de parole qui va être aidant. C'est vrai que le facteur important, c'est que le personnel qui va encadrer est majoritairement féminin dans l'ensemble.

### **Marie-Hélène FRICHEMANN – SOS DI – Marseille**

Je travaille au Sleep'in, c'est un travail particulier, parce qu'on fonctionne un peu comme les « boutiques » mais la nuit. On rencontre énormément des difficultés supplémentaires parce qu'il se joue énormément de choses la nuit. Il y a beaucoup d'angoisses qui ressortent, on a énormément de choses à gérer, en plus du quotidien. Moi, il y a beaucoup de choses qui m'ont fait réagir, mais j'ai du mal à m'exprimer. D'abord, les outils, c'est vrai que les outils c'est nécessaire et on passe par là pour communiquer, pour la relation, parce qu'on travaille essentiellement sur les relations, donc sur le lien. On est le lien, on fait le lien entre eux, les structures de soins, d'accueil, qui se placent au-delà, et la rue. On est situé entre les deux et je pense que c'est pour ça qu'on est tous complémentaires. Il y a ça que je voulais dire et *l'équipe pluridisciplinaire*.

C'est vrai qu'on travaille avec une psychologue qui est diplômée, qui est là depuis longtemps, qui travaille sur la consultation et qui fait des permanences la nuit avec nous et c'est nécessaire. C'est très bien parce qu'elle aussi contribue à faire passer ces personnes qui sont accueillies, de la nuit à un suivi le jour. C'est bien qu'elle soit aussi sur le terrain avec nous, sur l'hébergement. Donc il y a ça, puis on accueille 30 personnes par nuit et sur les 30 personnes il y a à peu près 4 femmes. C'est vrai que ce n'est pas beaucoup. Il faut dire aussi, moi, je pense que c'est parce qu'elles ont des revenus supplémentaires, c'est-à-dire qu'il y a la prostitution, qu'il faut le prendre en compte. Ça leur permet d'aller sur l'hôtel au lieu de venir à l'hébergement. Peut-être que dans la journée c'est différent.

### **Sylvie POUGET**

On va donner la parole à ...

### **Bruno TANCHE**

Juste un mot. Ce qui me donne à penser, c'est le médecin de rue, le psychiatre de « boutique », le psychologue de nuit. Ça devrait nous donner à cogiter.

### **Younès BELBEY**

Je voulais juste un peu revenir sur les femmes. A Pause Diabolo, on est ouvert du lundi au vendredi et bien sur de 13h00 à 18h00 et elles peuvent venir à n'importe quelle heure de ces après-midi là.

Après, on a choisi aussi un jour spécifique, le jeudi matin, de 9h00 à 12h00. On s'est dit, bon elles peuvent être tranquilles, entre femmes, discuter, elles peuvent faire leur lessive, parler avec des médecins et tout ça. On s'est aperçu que dans l'année, si on en avait 5, c'était déjà pas mal. Je reviens encore un peu à ce que je disais tout à l'heure. On est quand même dans un quartier où en majorité le public est d'origine maghrébine et la fille là-dedans a trouvé qu'elle n'avait pas sa place. Déjà, ça c'est un premier facteur et le deuxième, c'est la toxicomanie et la prostitution, elles le cachent. Il y a celles qui sont dans les cités, les quartiers. Imaginez-vous, elle vient dans une « boutique », elle rencontre le voisin... En ce moment on réfléchi beaucoup pour des lieux. Mais est-ce que ces lieux, pour les femmes, doivent être cachés ? C'est une question qu'on se pose. Quand j'entends dire que vous recevez des mères et tout ça, je trouve ça formidable. Nous, on n'y arrive pas. C'est vrai qu'on ne va pas les chercher, on en parle, voilà. Des fois, elles ont peur des institutions. Il y a des mères de familles qui ont peur de la D.D.A.S.S. aussi. Elles se disent « on va m'enlever mon enfant ».

### **Sylvie POUGET**

C'était vraiment important, effectivement. Pour la suite des opérations, Michel nous propose de vous restituer, les points forts qu'il a pu noter depuis ce matin. Vous nous direz si ce sont les points qui vous ont interpellés. Peut-être y en a-t-il d'autres, à ce moment-là n'hésitez pas à nous le dire. Et aussi, on écouterait si vous avez des propositions particulières à faire sur les publics et les projets.

### **Bruno TANCHE**

Notre travail, je le rappelle, étant de reprendre les points forts, parce qu'on ne va pas faire une synthèse, on en aura pas le temps. Il est nécessaire que ces points forts puissent éventuellement déboucher sur des recommandations tangibles, palpables, concrètes. C'est pas toujours très simple, mais je pense que c'est très important pour donner des orientations et des directions concernant un public qui nous le demande.

### Participant

A quand la « boutique » ouverte même le week-end parce que la précarité ne s'arrête pas le week-end, je pense que c'est les problématiques des usagers aussi.

### Participant

Le seul mot que j'avais à dire, c'est le mot parité, on a parlé de pluridisciplinarité au sein des équipes, de beaucoup de diversité. Moi, je travaille dans une équipe qu'on appelle de parité, comme à Lyon à l'association Ruptures. Ça veut dire que dans notre équipe, il y a des anciens toxicomanes. Je vous assure, on a appris beaucoup d'eux.

### Michel BOULANGER

Je n'ai pas la prétention de restituer tout ce qui s'est dit. Simplement ce que je voulais vous soumettre, c'était ce que moi j'avais entendu et c'était en fait de compte ma ligne directrice et voir si ce que j'ai pu entendre peut correspondre à votre réflexion avec quelques perspectives. Après je crois que c'est à valider ensemble et voir assez concrètement ce qui peut être retenu comme point fort.

Ce que moi j'ai retenu, je suis obligé de parler de ce que j'ai retenu pour parler des recommandations parce que l'un et l'autre ça va ensemble. Je ne vais pas entrer dans le détail de tout ce qui s'est dit, qui était riche et ouvert vu qu'on avait du mal à conclure.

Je partirai simplement de ce que disait Jean-Marc qui était avec nous, ce matin.

Au départ, quand il parlait de l'expérience de Clémence Isaure et du service qui est mis en place, il a dit : « Il y a eu le sida comme urgence sanitaire, ça nous a amené à nous occuper de toxicomanes non demandeurs de soins ». Et c'est vrai qu'au fil de la journée, et je pense que c'était une absence de préoccupation de notre part, on a vu que le mot même de Sida ou de VIH était relativement peu présent, en tout cas dans nos débats. Peu présent, pas parce qu'on s'en moque sur le terrain, pas parce que ce n'est pas important pour nous, mais parce que je crois que plus en profondeur, on voit que la problématique en terme de santé publique et en terme d'inscription communautaire, elle est quand même plus large. Je crois que quand on réfléchit aux projets pour demain, on prend en compte profondément cet élément.

Ce qui m'a semblé important dans les débats, c'est d'un côté qu'on a beaucoup insisté sur **l'évolution des publics et leur diversification**. En tout cas, ça a été fort même si la manière de « faire une typologie des publics différents », ce n'est pas consensuel entre nous.

Deuxième point, **l'évolution des réponses et la diversification des réponses**. On a vraiment l'impression que si on parle des projets pour demain, il va falloir qu'on soit, je m'excuse, dans des modèles complexes. C'est vrai qu'à un moment donné, il faut dire des grands 1, des grands 2, etc. mais on ne peut pas non plus, si on a la prétention de se retrouver et d'échanger ensemble, demander à des intervenants du terrain d'être dans des recommandations toujours très rationnelles et cartésiennes.

Sur l'évolution et la diversification des publics, c'est vrai qu'on avait parlé des toxicomanes injecteurs comme point de départ, après on a commencé à dire que dans les « boutiques » on recevait des toxicomanes qui n'étaient pas injecteurs. Par contre on a noté que les injecteurs qu'on recevait s'injectaient beaucoup plus. Il y a comme ça des points assez précis concernant les toxicomanes avec une réflexion autour de tout ce qui était la gestuelle de la piqûre. C'est vrai qu'on a parlé aussi des consommateurs d'alcool, avec tous les éléments de culture qui ont été cités. Si, je le pose maintenant c'est pour en parler après sur les recommandations.

On a parlé des publics précarisés en se disant : est-ce que la porte d'entrée, ça doit être le produit utilisé ? Est-ce qu'enfin de compte, ça doit être un groupe social. On a aussi parlé de ces gens qui sont en pathologie psychiatrique. Là je cite un peu tout. On a parlé de ces publics jeunes qui sont dans des abus. Vous voyez on est vraiment dans des diversification de réponses. On a parlé aussi de « voyageurs », de ceux qui étaient dans des consommations d'ecstasy également, on a parlé des publics femmes avec une réflexion importante. On se rend compte qu'on a des portes d'entrée à chaque fois sur des groupes sociaux particuliers avec des définitions, à un moment donné avec l'impression que j'ai eu moi que la cohabitation n'était pas toujours évidente, quand parfois, il y avait plusieurs groupes. N'empêche qu'il faut faire un « accueil femmes » spécifique avec un savoir faire, avec des réponses particulières, il y a quand même quelque chose qui se joue entre l'adéquation du groupe qui vient et l'adéquation de la réponse. Donc diversité des publics et à côté de ça, évolution et diversité...

...

### Suite

...assez consensuel de dire, **il faudrait aller vers une substitution injectable** et pas seulement vers la seringue. En tout cas c'est comme ça que ça a été proposé. Ici on a été consensuel, personne ne s'est élevé contre cette idée, même si **l'idée de salle de shoot** n'a pas été énoncée, il a fallu que Bruno le

rappelle sinon ça n'avait pas été dit en tant que tel. En tout cas la question de la substitution injectable a été posée même si certains d'entre nous ont dit : « on est dans une sorte d'entre deux, on est dans un sorte d'hypocrisie aussi qui est liée à cette loi de 1970 ». Mais alors est-ce qu'il faut noter comme dans certaines journées en décembre 1997, **qu'il faut commencer par réformer la loi de 1970**. On peut très bien le mettre en termes de recommandations. Je ne suis pas sûr que ce sera suivi des faits.

C'est pour ça que je l'ai noté. Quand même une évolution du côté de la substitution injectable, ça c'est un point. Le deuxième point, ce qui m'avait frappé ce matin, c'est sur **les questions de psychopathologie, de pathologie psychiatrique** et de ces publics qui de plus en plus sont dans des états de souffrance psychique et pour lesquels il faut **se rapprocher aussi de la psychiatrie institutionnelle**. Je crois, autour de tout ce qui est travail de partenariat, un travail de rapprochement.

Comment il doit se faire ce rapprochement ? Est-ce sous forme de formations, d'impulsions de l'Etat, les choses ont été dites à ce sujet. En tout cas il semble qu'il faut une réponse plus satisfaisante du côté de ces problèmes. C'est la question des « boutiques », c'est la question du partenariat. Quels projets, c'est un projet de partenariat, notamment avec les services de psychiatrie hospitalière, mais c'est aussi **un projet de partenariat renforcé avec tout ce qui est services sociaux**. J'ai bien entendu le ras le bol de certains dans les « boutiques » qui disent qu'il n'y a pas moyen à ce qu'il y ait les minima sociaux, il y a pas moyen à ce qu'il y ait l'accès à des soins. Je crois que cette idée de partenariat, en tout cas dans les projets de demain, c'est quand même **que les gens puissent accéder à des prestations de soins et à des prestations sociales**.

Il faut aussi qu'on se dise comment on envisage l'avenir, quels projets pour les « boutiques ». Est-ce qu'il faut qu'on continue de fonctionner sur les « boutiques », là je leur pose comme tel, sur quel modèle de « boutique » ? « Boutiques » pour toxicomanes, « boutiques pour polyconsommateurs et notamment de produits licites également » au regard des orientations de la M.I.L.D.T. Est-ce que c'est des « boutiques » pour toxicomanes, des « boutiques » pour publics précarisés ? J'aurai tendance à dire qu'on a intérêt à avoir aussi des réponses contextuelles et à mettre en place des types de « boutiques » et que l'un n'exclut pas l'autre. Je crois **qu'il faut qu'on aille vraiment sur des diversités de réponses**, c'est-à-dire, qu'il y a des « boutiques toxicomanes » mais qu'il doit aussi exister des « boutiques solidarité ». Il faut qu'on pense l'ensemble de ces réponses et qu'on les propose en tant que telles. De mon point de vue, s'il y avait juste des « boutiques toxicomanes », ça me semblerait un peu juste. Je ne dis pas qu'elles n'ont pas de sens. Il faut continuer de les développer, mais je crois qu'il y a aussi d'autres entrées, d'autres types de « boutiques » comme ça se pratique déjà avec un certain nombre de partenaires. Ça, c'est trois, quatre recommandations, pas très concrètes, vous m'en excuserez. J'ai écouté avec beaucoup d'attention et ça m'a énormément intéressé, le savoir-faire professionnel que vous avez. Moi, j'étais dans une position qui était plus en retrait et ça m'a énormément intéressé d'entendre dans la deuxième partie de l'après-midi, tout ce qui a pu être dit sur qu'est-ce qu'on fait dans ces « boutiques », qui ne sont pas uniquement des lieux de consommation de café ou de seringues, mais qui sont aussi des lieux d'échange, des lieux où les gens deviennent acteurs. Moi, je me dis que là il y a un savoir faire, qu'il y a des acquis professionnels, ça semble extrêmement important, qu'on puisse les valoriser et que dans les recommandations, on puisse mettre qu'il faut s'appuyer sur ces acquis et qu'il faut capitaliser ces acquis.

### **Sylvie POUGET**

Merci Michel d'avoir été si clair. Est-ce que ce qui a été énoncé là, vous paraît juste, suffisant ? Est-ce qu'il y a des choses qui peuvent manquer ? On vous donne la parole, mais on ne refait pas le débat.

### **Participant**

C'est pas le Sida qui nous a amené à nous occuper des toxicomanes, nous demandeurs de soins, c'est la loi de 70. C'est le Sida qui nous a amené à faire de la réduction des risques et des dommages. Sinon par rapport à « boutiques » toxicomanes et « boutiques » solidarité. C'est quoi « boutiques » solidarité ?

### **Participant**

Juste un mot sur le partenariat pour dire qu'un réseau de partenaires qui soit médico-sociaux c'est long à mettre en place, c'est long à entretenir, ça nécessite qu'on sorte de nos structures pour aller les rencontrer sur le terrain. Notre infirmière bataille depuis que la « boutique » a ouvert parce qu'elle ne peut pas aller rencontrer les médecins dans les hôpitaux, parce qu'elle ne peut pas s'absenter parce que si elle n'est pas là et que les gens viennent demander des soins... Ça, c'est un problème.

**Participant**

On va dire que le partenariat ne se décrète pas, qu'il nécessite des moyens et que s'il y avait des préalables à mettre comme on l'a fait pour cette fameuse conférence avec Kouchner où il était dit qu'avant tout article, il fallait penser à la réforme de la loi, je dis **qu'il faut aussi renforcer les moyens de ces structures** et que pour moi, c'est primordial.

**Participant**

Je prends la suite de ce que tu viens de dire, je suis tout à fait d'accord, je suis dans une position d'infirmière et je sais ce que c'est. Par contre, l'idée quand même, c'est qu'il faudrait inviter effectivement les médecins de temps en temps à sortir de leur cabinet et à venir faire un tour sur la « boutique » et même les médecins généralistes. C'est intéressant qu'ils viennent, bon qu'ils soient rémunérés pour ça. Il ne s'agit pas de leur demander de faire du bénévolat, il ne le feront jamais. Par contre qu'ils aient un temps prévu pour recevoir dans ce lieu d'accueil, les toxicomanes, à mon avis ça changerait déjà la façon de travailler ensemble. Ce qui manque beaucoup, c'est ce travail de réseau dont on parle mais qu'on ne vit pas.

**Participant**

Par rapport au système de réseau, je pense qu'il faudrait se calquer sur des réseaux comme à Saint-Lizier (Ariège) où ils ont regroupé toutes les consommations alcool, tabac et tout ça, sida, hépatite, tous ensemble dans un seul et même réseau, plutôt que de faire un réseau Sida d'un côté...

**Tina TORE**

En fait, je me souviens de ce que je voulais dire, c'était par rapport aux projets. Je me disais que c'était quand même très compliqué de faire des projets au niveau des « boutiques » parce que le public change sans arrêt. Nous en deux ans, on est passé des « junky » qu'on connaissait bien, qu'on reconnaissait partout à des tout jeunes injecteurs, « raveurs » qui nous demandent, en fait, une chose, c'est le dialogue, mais surtout de venir voir là où ils sont et ce qui s'y passe. On est pas toujours présent sur les sites festifs, en tout cas pas à Toulon et c'est ce qui est compliqué, je trouve, quand on nous demande de faire des projets pour les « boutiques » parce que le public change très vite en fonction des molécules qui existent sur le marché.

**Participant**

Au Centre Logos aussi, on a parlé de populations, de différentes populations, de différents projets. J'ai entendu parler de plein de choses mais on a pas abordé le thème des personnes toxicomanes en prison. Je pense que c'est aussi quelque chose d'important. Mais ça peut faire partie de projet « boutiques » que d'intervenir en Maison d'Arrêt.

**Bruno TANCHE**

Je crois que la Division Sida va devoir prendre en compte des augmentations substantielles de moyens, puisque nous allons devoir aussi aller en prison, dans les « raves »... Marie Anne, le dernier point parce que nous allons devoir rédiger. Vous, vous devez partir en pause, on va reprendre dans un petit moment.

**Marie-Anne SANQUER**

Il y a un point que j'ai entendu ce matin, qui a été évoqué plusieurs fois mais que je n'ai pas entendu dans ta restitution Michel. C'est une demande particulière. Si notre conclusion doit faire l'objet de recommandations, c'est une demande particulière sur les activités de recherche sur ces publics. La recherche sur les publics qui fréquentent les milieux festifs d'une part et d'autre part la recherche sur les injecteurs. Je ne l'ai pas entendu. Je pense que c'est nécessaire, effectivement, pour revenir sur les projets qu'on doit développer pour ces publics particuliers.

**Bruno TANCHE**

Merci, on va devoir rédiger, donc sans vous trahir, on va reprendre, ce qui a été dit. On se retrouve tous à 16h30 pour la plénière dans cette salle.

---

## Atelier n°3

---

### « USURES »

*« La réalité des « boutiques », notamment de par le public qu'elles reçoivent, est une réalité difficile.*

*L'accueil d'usagers de drogues actifs, précarisés, n'est pas une mince affaire. Il génère un certain nombre de problèmes. Ceux-ci peuvent être subjectifs et liés aux croyances et aux représentations. Ils peuvent aussi être objectifs (comportement, violences, deals, prises en charges difficiles...)*

*Ces « problèmes » se posent à la fois aux équipes qui travaillent dans les « boutiques », mais également à l'entourage immédiat de ces dispositifs.*

*Tout ceci provoque des usures. Usure des professionnels, usure des voisins et autres riverains.*

*Comment tenter de résoudre le problème des usures (internes et externes). Quelles solutions trouver afin que les « boutiques » et le travail qui s'y effectue ne soient pas ou bout d'un « certain temps » insupportables ?*

*Le travail sur l'environnement des « boutiques » qui s'est développé à partir de certaines d'entre elles peut-il (parfois) contribuer à atténuer certaines tensions ? »*

**Animateur :**

**Monsieur François MONIER – Accueil Joie Espoir - Gap**

**Rapporteur :**

**Monsieur Pierre PRUAL – SOS DI – Marseille**

***Problème d'enregistrement, le micro n'est pas passé de personne à personne***

**François MONIER - Accueil Joie Espoir - Gap**

... J'ai demandé à Pierre Prual de m'assister un petit peu au niveau de l'animation dans le mesure où lui est un peu plus au fait des « boutiques ». Donc je serai animateur, mais il aura peut-être l'occasion d'intervenir.

**Pierre PRUAL – SOS DI – Marseille**

Je suis directeur de SOS Drogue International à Marseille.

Je gère un Sleep'in, qui est bien souvent la prolongation des « boutiques ». En tout cas c'est en partie la même population, (70 à 80 %) que celle que vous accueillez dans les « boutiques » en sachant que les Sleep'in démarrent à 19h30, jusqu'au lendemain matin avec une consultation qui prolonge ce travail jusqu'à 13h00.

Vous imaginez la difficulté sur ce laps de temps où les gens sont présents, plus la question de la nuit, qui amènent un certain nombre de points et de réflexions, notamment sur la fatigue, celle des usagers, celle des intervenants, et des voisins, sur la présence d'un tel lieu avec tous les comportements quelquefois difficiles à gérer, difficiles à accepter de l'intérieur, comme de l'extérieur. La continuité aussi des séjours, qui ne sont pas vraiment des séjours, mais des prises en charge au jour le jour, donc la continuité de ces temps, (quelquefois un an, un an et demi voire deux an ) pour des gens qui fréquentent le Sleep'in.

Je gère aussi différentes activités de rue avec différents responsables sur les équipes.

**François MONIER**

On va démarrer par un tour de table rapide comme on est nombreux. Essayez de ne pas passer trop de temps mais, juste se présenter, présenter la structure et puis le cadre professionnel.

**Mireille REDON – La Vitarèle - Montpellier**

Je suis directrice d'une association qui a plusieurs pans d'activité, et je suis là non pas en tant que dirigeante d'une « boutique » (je ne gère pas de « boutique ») mais parce que nous allons créer dans un an un Sleep'in sur Montpellier donc je suis très intéressée par tous vos travaux.

A savoir qu'avec le service social on a quand même un programme d'échange de seringues.

**Mylène FRAPPAS – Mission Sida Toxicomanie – Ville de Marseille**

Je suis chargée de mission pour la ville de Marseille qui a mis en place une Mission Sida Toxicomanie. Les villes n'ont pas compétence en matière de sida et toxicomanie, mais ça été dit tout à l'heure, de plus en plus les collectivités locales engagent leur responsabilité sur ces questions et bien sûr la question des accueils dit de « boutiques », de leur implantation dans la ville, nous y sommes directement confrontés.

**François VAILLANT – Transit – Marseille**

Chef de service à Transit, Marseille.

**Maurice PILLOUD - Transit - Marseille**

Je suis président de l'association Autres Regards, association de santé communautaire auprès des personnes prostituées sur Marseille et le Vaucluse. Les raisons pour lesquelles je suis ici, c'est pas tellement sur l'usure des intervenants au niveau des associations et des « boutiques » mais plutôt sur l'usure des « boutiques ». Ça fait six ans, sept ans que ça tourne. Je travaille dans une autre association et on y a pris un autre virage, on a essayé de développer mais est-ce qu'il y a un autre projet ? C'est l'usure d'un projet je trouve. Il y a d'autres choses à inventer. Qu'est-ce qu'il y a à inventer, à mettre sur pied ? Nous on travaille au niveau de la santé communautaire à Autres Regards, on essaie de beaucoup développer à ce niveau là. Les intervenants, ceux que je connais, les amis que je connais, disent qu'ils ne sont pas usés, ils sont toujours passionnés par leur travail, mais c'est surtout les projets qui s'enlisent.

**Lynda MARSONI - A.M.P.T. - Marseille**

Responsable formation à l'A.M.P.T.. Je viens réfléchir avec vous sur ce concept d'usure et également réfléchir à l'éventualité de monter des actions de formation dans ce registre précisément. Ce que vous direz sera important pour moi.

**Michèle LUCAS - Pause Diabolo - Lyon**

Je suis médecin. Je travaille d'une part dans une « boutique » Pause Diabolo à Lyon et d'autre part à la mission réduction des risques de Médecins du Monde.

**Dominique GILLES - SOS DI - Marseille**

Je suis directeur du Sleep'in. Je suis là, prenant mes fonctions au Sleep'in depuis peu, et ça m'intéresse de réfléchir sur cette question de l'usure, sachant que mon équipe est importante, ( une petite quinzaine de personnes ). Je m'aperçois, qu'il y a un noyau important, à l'intérieur de cette équipe, qui est là depuis sa création. Le Sleep'in a quelque chose comme cinq ans d'âge. A la fois, je m'aperçois qu'il y a une forme d'usure liée à la complexité du travail, aux difficultés, aux confrontations et en même temps un autre discours de la part de cette équipe qui renouvelle sa détermination et son intérêt à travailler auprès de cette population dans des conditions de ce style.

Par ailleurs, aussi responsable d'un C.S.S.T. qui a priori n'a pas grand chose à voir avec les « boutiques » ou un Sleep'in, j'y constate une certaine usure de la part de l'équipe, donc ça m'intéresse de venir.

**Pierre BOUQUET - C.D.P.A. / C.C.A.A. - Puy en Velay**

Je m'occupe d'alcoolisme, je suis Directeur d'un C.C.A.A. Je suis là parce qu'on a un projet « boutique » sur le département dans le cadre des politiques nouvelles de prises en charge des addictions. Bien sûr ce sujet m'intéresse, ça me permettra peut-être de retirer tout ce qui me tracasse pour éviter l'usure et donc, je serais plutôt auditeur qu'acteur.

**Robert CAMPINI - Intermède - Toulouse**

Je travaille à l'accueil à Intermède, une « boutique » dépendant de la l'association Clémence Isaure à Toulouse, depuis 95.

**Participant - Gallopaz - Chambéry**

Je travaille dans l'équipe de rue de l'association La Gallopaz.

**Odile BERNADO – Pause Diabolo – Lyon**

Je suis infirmière dans une structure d'accueil « boutique », Pause Diabolo, comme Michèle Lucas.

**Participant**

Je suis animateur de prévention Sida sur un bus échange de seringues en accueil « bas seuil ».

**Sébastien PARNEIX-OLLIER – Centre Logos – Nîmes**

Je suis éducateur spécialisé à Logos/accueil à Nîmes. C'est une « boutique ». Si je suis là, c'est un peu pour la même question que Monsieur. Subitement, mon équipe et moi même on se retrouve confrontés à une usure, dans cette période, en mai/juin en général.

**Valérie GUILBERT – AIDES Midi-Pyrénées - Toulouse**

Je suis intervenante sur le Bus Echange de Seringues à Toulouse depuis 7 ans, certes un peu usée mais pas du tout démotivée. Je pense qu'on a des choses à faire. Je suis là pour y réfléchir.

**Anne GRANGE – Chambéry**

Je suis assistante sociale sur l'hôpital de Chambéry. Sur un temps de travail comme référent/ toxicomanie, mise à disposition du Pélican qui est le centre de soins pour toxicomanes de Chamonix.

Je suis intéressée par cet atelier car on réfléchit actuellement sur la mise en place d'une permanence d'accès au soins/santé et la « boutique » de Chambéry est l'un de nos partenaires privilégié pour sa mise en place.

**Jawad HIMI – la Cantine Savoyarde Solidarité**

Je suis éducateur de rue à la Cantine Savoyarde, une association caritative où nous accueillons des toxicomanes.

**Sandrine ILIEFF – Réduire les Risques - Montpellier**

Je suis agent d'accueil et de prévention, chargée de mission de l'association Réduire les Risques à Montpellier qui gère une « boutique ». Nous sommes une équipe paritaire, donc composée de professionnels et d'anciens toxicomanes. On parlait de l'usure de l'équipe, des partenaires financiers, des voisins et aussi des usagers.

**Maria RAYA – Réduire les Risques - Montpellier**

Je travaille aussi à l'accueil de la « boutique » de Réduire les Risques, (*inaudible*) avec les voisins...

**Marie-France SORTAIS – ARCHAOS – Toulon**

Marie-France Sortais. J'ai fondé une association il y a six ans qui s'appelle ARCHAOS, qui aide des gens en difficulté à s'en sortir. On a eu très rapidement des personnes précarisées ayant des problèmes de toxicomanie. On s'est rapidement mis en partenariat avec une autre association à Toulon qui est un C.S.S.T., l'AVASTOFA. On a monté ensemble une « boutique » double en fait, avec un accueil/précarité et un accueil réduction des risques, l'après-midi. Je coordonne ce double espace.

Nous avons les difficultés d'usure que tout le monde a évoqué. S'y rajoutent, éventuellement, les difficultés institutionnelles, puisqu'à Toulon il y a une mairie qui a une vision particulière de la toxicomanie. On a pas du tout l'aide de la municipalité, il y a plutôt une ignorance réciproque. Comme on est très proche de la mairie dans un quartier, Basse Ville, où il y a énormément de toxicomanes, c'est pas très facile à vivre. Tout ça, ça use un peu.

**Christine SUSJIBERT – AVASTOFA – Toulon**

Je suis emploi-jeune à la « boutique » Totem et Tabou avec un projet tout neuf qui s'appelle « de la rue au Net » pour amener les gens de la rue, les toxicomanes ( entre autres ) à Internet. On n'est pas usé du tout et on est venu vous voir avant.

**Marie-France SORTAIS**

C'est dans la « boutique », l'accueil toxicomane s'appelle Totem et Tabou.

**Paule GASTINEL - D.D.A.S.S. 13 – Marseille**

Paule Gastinel, je suis chargée de Mission Sida à la D.D.A.S.S des Bouches-du-Rhône. Je fais partie du comité de pilotage, donc je gravite un peu dans les différents ateliers.

**Yannick GUILLOUET – C.S.S.T., Hôpital St-Roch – Nice**

Je suis infirmier dans un C.S.S.T. à l'hôpital de Nice, dans le cadre d'un nouveau poste qui s'appelle les ECIMUD, qui est mis en place par le ministère et qui est une coordination / intervention auprès des usagers de drogues. Ce qui m'intéressait, c'est l'usure de l'équipe soignante non pas vis-à-vis uniquement des personnes dont elle s'occupe mais aussi des politiques par exemple qui sont mises en place depuis plusieurs années. On a quinze ans de lien (*inaudible*) institutionnel et en politique et je jure, on est différentes catégories de personnes qui travaillent, médecins, ... Il y a cette usure là, usure interne aux équipes, et dans le mot usure j'entends les répétitions. Quelles réponses ont les soignants par rapport au problème de la répétition chez les gens qu'on rencontre.

**Christophe GILARD – A.S.U.D. – Nîmes**

Je travaille à A.S.U.D., Nîmes. Je fais partie de l'équipe de travail de rue.

**Eric HERRERA – Intermède – Toulouse**

Je suis éducateur à Intermède, une « boutique » à Toulouse qui dépend de Clémence Isaure. Une des raisons pour laquelle je suis ici, c'est le constat de l'usure, d'une dynamique qui pourrait se mettre en place de l'usure de l'équipe et du projet et peut-être aussi des publics des « boutiques ».

**Christine SEGUI – Médecins du Monde - Nice**

Je suis assistante sociale à Médecins du Monde, sur le programme de réduction des risques. Nous sommes partenaires avec ACTES, sur Nice, pour assurer une permanence le vendredi. Il y a des questions qui fusent au sein de l'équipe sur la place des intervenants et cette usure, parce que vu le nombre de personnes qui sont accueillies dans ces lieux, le lien est très difficile à tisser. Pour recréer du lien avec les usagers, en ayant ce partage entre usagers et intervenants, ce n'est pas évident.

**Annie TOSETTI – Entractes - Nice**

Je suis infirmière à Entractes à Nice, une « boutique » qui est ouverte depuis, nous nous sommes jeunes, mars/avril 98. Ma participation dans cet atelier, c'est pour savoir comment on fait quand on a « un peu trop de succès » ? On sent une qualité de relation un peu inférieure quand il y a 20 personnes qui viennent et quand il y en a 70. Ce que je vois un peu, ce que je crains un peu, c'est une espèce de banalisation, banalisation de la problématique des gens, banalisation de leurs difficultés. Je trouve ça un peu comme une injure aussi. C'est-à-dire qu'on reçoit des gens en grande difficulté, même s'ils manifestent le souhait de nous dire quelque chose, on a pas grand chose à proposer.

**Participant**

Je voudrais parler des relais aussi. Tout à l'heure, la personne de la ville parlait de la difficulté des relais, et je crois que la réduction des risques, que ce soit dans une « boutique » ou ailleurs, c'est cette difficulté à trouver des relais.

**Guy HENGEN - C.C.P.D. - Bordeaux**

Je suis coordinateur du Conseil Communal de Prévention de la Délinquance à Bordeaux, invité par le C.E.I.D, en tant que « collectivité locale », parce que je travaille pour la mairie bien sûr.

La difficulté que l'on a c'est d'assumer le choix de travailler sur l'accès aux soins, sur la réduction des risques. C'est des choix assumés par la mairie, également dans le cadre du Contrat Local de Sécurité, qui sont maintenant venus sur le champ des politiques de prévention et qui prennent un petit peu le pas sur les politiques de prévention. On a la difficulté d'assumer le rôle de pacifier l'espace public, le problème du sentiment d'insécurité. Hier soir il y avait justement une réunion sur le quartier, où on a pas pu être présent, entre les commerçants, la police de proximité, etc. On a envoyé des collègues de la mairie, pour assurer une présence. On a le problème de l'usure des collectivités par les pétitions et les lettres au maire, etc.. Comment assumer ces deux angles, qui sont l'environnement, le bien vivre ensemble dans un secteur et en même temps, mettre des échangeurs, aider les programmes d'échange de seringues et les partenaires de « boutiques » ?

**François MONIER**

Si vous voulez on peut partir des manifestations de l'usure. On a parlé de l'usure des projets, de l'usure des équipes, on a parlé de l'usure du voisinage, on a parlé aussi de l'usure du public. Est-ce que ça ne pourrait pas être important de partir d'expériences concrètes. Parce qu'en fait on parle de l'usure comme si c'était évident pour tout le monde, comme si tout le monde savait ce que c'était, comme si tout le monde savait comment ça se manifeste mais, c'est quand même des choses qui se vivent.

Si on veut réfléchir sur les causes de l'usure et après réfléchir sur des recommandations, est-ce qu'on ne pourrait pas partir de choses concrètes ? Est-ce qu'il y a des personnes qui veulent, soit sur l'usure de l'équipe, le problème du voisinage, l'usure des publics, faire part de leur expérience. Comment ça se passe, comment ça se manifeste, quelles sont les manifestations de l'usure, les signes indicateurs, comment ça se règle ?

### **Robert CAMPINI**

Je trouve qu'au départ, ce dispositif c'était pour la réduction des risques, la création de liens, l'accès aux soins. Moi, j'ai l'impression que maintenant, en ce qui concerne le sida, les maladies comme le sida, l'hépatite C, ça ne s'est pas réglé. J'ai l'impression que tout ce qui, au départ, portait ce genre de lieu, maintenant est caduque. C'est-à-dire qu'on reçoit énormément de gens qui sont stabilisés, qui sont sous substitution, Subutex® ..., donc c'est tranquille. On arrive à apaiser tout ça et il faut essayer d'imaginer autre chose parce que les toxicomanes ont changé, les pratiques ont changé et maintenant, je pense qu'on pourrait imaginer autre chose.

En ce qui me concerne, au niveau d'Intermède à Clémence Isaure, j'ai un petit peu l'impression que c'est le train train, l'échange de seringues, les blessures, les soins, etc.. On a une nouvelle population, par exemple beaucoup de jeunes errants et qui se défoncent un peu à tout, à l'ecstasy, etc.

Je voudrais confronter un petit peu nos pratiques. Est-ce que les autres structures ont des projets en direction de cette population ?

Qu'est-ce que vous pouvez imaginer de différent ?

### **François VAILLANT**

Pourquoi parler de l'usure ? C'est quelque chose qu'on ressent dans l'équipe. Transit a été fondé en 93. Ce matin on parlait des signes et des causes. Il y a des signes manifestes, se sont les arrêts/maladie du personnel. Les arrêts/maladies sont relatifs à une usure. Ce manque d'effectif pratiquement structurel, entraîne lui-même d'autres arrêts/maladie. Ça, c'est un premier signe.

Le deuxième signe, c'est une insatisfaction du côté des professionnels qui disent « on ne voit pas les fruits directs de ce que l'on fait ». Le maçon, il fait son mur, il voit son mur terminé à la fin de la journée. Nous on voit rien. On a accompagné un usager pendant deux mois, trois mois et d'un coup on ne le verra plus pendant un an et deux ans, trois ans. On a pas lors de ce suivi, la satisfaction de voir, comme par exemple, dans une maison de rééducation, des gens qui arrivent sur un brancard et repartent sur deux pieds. Il n'y a pas la satisfaction professionnelle de quelque chose qui va mieux du côté des usagers.

### **Intervention**

Ça, c'est notre problème.

### **François VAILLANT**

Je ne suis pas sûr qu'on sache bien le gérer. Je pense qu'il y a un problème au niveau de la motivation et la motivation, ça se construit, ça s'entretient. Lié à tout ça, je pense que nous avons au sein de l'équipe, une équipe soudée, deux pools qui se distinguent un petit peu. Un pool où on va dire, nous faisons un travail d'accueil qui permet aux usagers de drogues de s'apaiser. L'autre tendance au sein de l'équipe, qui dit, autant il y a 7, 8 ans les usagers n'avaient pas de droits sociaux, n'avaient pas d'accès aux soins etc. Maintenant, on a fait des statistiques, et les ¾, ont même la C.M.U., etc. C'est plus la même configuration du profil des usagers. On voudrait travailler avec la réduction des risques sociaux. Là dessus, il y a deux choses. Un côté, plus psychologique auprès des usagers pour favoriser un apaisement, favoriser le respect, tout ce qui tourne autour du respect de la dignité humaine, et l'autre côté, c'est faire de l'orientation, sanitaire, sociale.

Tout ceci développe, usure n'est pas le bon mot, je n'en ai pas trouvé d'autres, une lassitude, parce que on est pas préparé, on ne sait pas comment s'y préparer.

### **Mireille REDON**

Dans le tour de table, j'ai été étonnée que la violence n'apparaisse pas, alors que moi je dois dire que l'usure je la connais, on ne nous supporte plus parce qu'il y a de la violence dans le quartier, parce qu'il y a des incivilités. J'ai eu une grève dans l'établissement parce que trois éducateurs ont pris des coups. Je crois, que ça c'est quelque chose qui est très pesant, et moi, en tant que directrice, je me suis posée, cette année, la question de la fermeture de certains services parce que on ne savait plus où nous étions, si nous étions encore dans le social, dans des actes de pré-délinquance, de délinquance forte. Ce double discours m'arrive à la figure. Où est-ce que nous nous situons lorsqu'on travaille de plus en plus avec des ilotiers ? Pour des travailleurs sociaux qu'est-ce que ça veut dire ? Je suis un peu dans cette usure là. Ça fait 25 ans que je fais ce boulot mais là je suis un peu sans solution. Dieu sait si on a mis des outils différents, sur mesure etc. La violence actuelle me pose problème.

### **Participant**

Depuis quelque temps, j'ai l'impression qu'on fait un balayage des quinze dernières années. Je pense qu'on est passé d'une politique de réduction des risques, à partir de la mise en place d'une politique de santé publique, on est parti de zéro, avec une ouverture au public, etc. J'ai l'impression qu'on vit une époque charnière, et qu'on a pas les moyens de réfléchir. On est en train de construire un lien entre ce regard « santé publique » et la réponse qu'un sujet attend. On est dans une situation mixte. On est toujours chargé de mission du point de vue de la santé publique, mais aussi de la santé mentale.

On est confronté, actuellement, à des gens qui sont apaisés sur le plan d'un trajet de vie, des consommations etc. et qui développent des pathologies psychiatriques. Nous, on est confronté à ces problèmes et nous avons toujours cette mission de prévention mais aussi d'interrogation du sujet. On est en train de construire ce pont entre la santé publique et le sujet et vice versa. Ça devient cohérent, on est passé d'une époque « tout social », « santé publique » et maintenant on retrouve un petit peu la demande du sujet. On est dans cet écart actuellement. L'usure prend sa place, et on a pas de réponses actuellement par rapport à ça. Au niveau conceptuel, on arrive pas à se représenter ce pont. C'est dans ce sens là que j'aimerais réfléchir.

### **Participant**

Je voudrais reprendre au niveau de l'usure des équipes à propos des personnes qu'on a agitées, il y a quelques années comme des petits drapeaux, pour ne pas les citer, **les personnes de proximité**. Je pense qu'à ce niveau là, le taux de l'usure, d'autant plus que se sont des gens qui n'ont pas grand choix parce que quand on est pas diplômé.... je suis assistante sociale, je suis éducateur, du boulot, je vais en trouver...

J'ai été embauchée en tant qu'agent de proximité il y deux ans... Là je pense qu'au niveau de l'usure ça a atteint un seuil.

Je ne sais pas si vous bossez avec des équipes mixtes, mais ça se répercute sur l'équipe et quand l'équipe ne va pas bien, c'est le dispositif qui pète. Et après on dit les usagers, oh là là, oui bon... On essaie de réfléchir là-dessus.

### **Christophe GILARD**

Nous, à Nîmes, on est à 80 % d'anciens usagers et on a la chance de très bien s'entendre. Quand il y en a un qui ne va pas bien généralement les autres sont là. On a pas les mêmes problèmes de violence qu'on entend partout ailleurs, parce qu'on est des usagers et des anciens usagers, donc on a un autre regard sur d'autres usagers. Les usagers en ont marre qu'on les déresponsabilise de tout en leur disant « ce n'est pas de ta faute, t'es malade ». Si on lui dit « tu a choisi ça, il faut que tu assumes, il faut que tu fasses avec » de suite, il se ressaisit, il ne « sent » pas la chose pareil. Beaucoup d'usagers se sentent un peu renfermés dans une routine, docteur/pharmacie et demandent un peu autre chose que la substitution, qu'on leur donne leur cachet quand ça fait deux ans qu'ils sont au même dosage. Ils demandent un peu de confiance je pense et de la responsabilisation. A ASUD on ressent assez bien ça et on a une dérive dans le public maintenant aussi, on a aussi de plus en plus de gens qui n'ont pas de problèmes de toxicomanie ou de dépendance et qui ont de plus en plus de problèmes psychologiques et à la limite en arriveraient à presque simuler la toxicomanie pour avoir un contact, pour être pris en charge... C'est mon opinion.

### **Participant**

Est-ce que ça rejoindrait l'idée que les projets « boutiques » présentés et mis en place depuis le départ ne sont plus forcément adaptés à la réalité des usagers avec la substitution et tout ce qui s'est passé.

### **Christophe GILARD**

Ça a été une évolution nécessaire, la substitution et tout ça, mais maintenant il faut passer à autre chose.

### **Intervention**

L'autre chose c'est quoi ?

**Pierre PRUAL**

Effectivement, les « boutiques » ont besoin d'évoluer à l'intérieur de leur projet, à partir de leur projet. Je pense, néanmoins que les Sleep'in, parce que cousins germaines des « boutiques », sont encore tout à fait au cœur de leur projet. La mission d'un Sleep'in n'est pas tout à fait la même que celle d'une « boutique », même si en toile de fond, il s'agit bien de réduction des risques et d'accès aux soins, mais il y a d'autres prestations qui font, me semble-t-il, que les Sleep'in certes ont besoin d'évoluer, mais, à mon avis, ont encore leur raison d'être à travers le projet de départ. Je souhaitais le dire maintenant pour ne pas faire l'amalgame entre les projets « type Sleep'in » et les projets « types boutiques ».

**Participant**

Je crois qu'il faut un peu différencier les choses. D'après ce qui a été dit ce matin, il y a deux types d'usures. Il y a l'usure chez les professionnels diplômés et l'usure chez les professionnels non diplômés. Je crois que c'est important. Il y a aussi l'usure chez les usagers.

**Participant**

En même temps, je fais référence à Transit, à une stagnation dans les projets.

Effectivement, on est parti d'un projet initial. En sept ans on a atteint les objectifs. Maintenant quoi faire, quel est le devenir des « boutiques » ?

Dans cette question là qui m'intéresse beaucoup, je vois qu'il y a un danger. On risque de faire des « boutiques » C.S.S.T. bis. Essayons un petit peu d'être vigilants. Je crois que la place des « boutiques » est très importante, celle des Centres de Soins est très importante. Je crois qu'il faut qu'on arrive à différencier les choses et travailler de façon très pragmatique. Ne pas mélanger.

**Maurice PILLOUD**

J'ai travaillé dans une « boutique » sur Marseille, à Transit. Ce que j'ai pu remarquer, c'est qu'il y avait des personnes toxicomanes qui venaient depuis six ans, sept ans. Ils sont chronicisés, ils viennent, c'est leur lieu et tout ça. Ces personnes, on ne leur a rien proposé. On les a accueilli, on leur a donné des seringues. Rien concrètement à proposer. Ces personnes, je crois qu'elles arrivent à un moment, à un « point sommet », et là, qu'est-ce qu'on fait avec elles ? On avait, à l'époque, avec le Directeur, écrit un projet appelé « projet avec les pairs, projet partenaire, projet paritaire etc. » qui n'a pas vu le jour. Je me dis, on a des personnes qui ont confiance dans la structure, qui ont confiance dans la « boutique », qui ont créé du lien, et qu'est-ce qu'on fait avec ces personnes ?

Je trouve que pour rebondir sur des nouveaux projets au niveau des « boutiques », on doit partir de là aussi. C'est aussi une réflexion avec ces personnes là. Je suis d'accord avec la personne d'ASUD pour responsabiliser. Je crois que les réponses, il faut aussi les entendre de ces côtés là, travailler avec les pairs, sur des projets paritaires, sur des projets de salles de shoot... parce que je pense que les toxicomanes continuent à se shooter, ils ne prennent pas que des bonbons.

Quand je pense à l'usure des professionnels, l'usure des équipes, l'usure des usagers, je me dis que si tout le monde se retrouvait autour d'une table et dise... « voilà notre usure, qu'est-ce qu'on fait ? », ce serait intéressant. L'usure des usagers, ici, moi, je peux en parler, mais je pense qu'eux peuvent en parler mieux que moi.

**Mylène FRAPPAS**

Je voulais simplement faire un point, parce qu'il me semble qu'il y a des éléments de différentes natures qui sont portés ici, qui sont tous indispensables dans la compréhension de ce qui est en train de se passer dans ce phénomène d'usure qui est large.

Il me semble que d'un point de vu de la méthode, il serait intéressant de les prendre en compte en se disant qu'ils ont des interactions. Par exemple quand vous parlez des usagers, j'ai l'impression que tout le monde ne parle pas des mêmes usagers. Ça signifie qu'il n'y a pas un usager type des « boutiques », que tel type d'usager ne légitime pas le bon travail ou le mauvais travail d'une « boutique » mais peut-être, la question à se poser c'est : qui sont réellement les usagers qui viennent dans les « boutiques » aujourd'hui après 7 ans de fonctionnement ?

Je pense à ça parce que, par exemple, à Marseille, l'O.R.S. a fait une étude sur les ruptures biographiques. Ce qu'elle met en évidence, c'est que les publics qui sont le plus en difficulté aujourd'hui par rapport à votre vocation à vous qui est la réduction des risques, ce sont les publics qui sont le plus marqués par la précarité sociale et par la rupture avec les liens familiaux initiaux. Le fait qu'ils viennent dans des « boutiques » infléchit très peu les pratiques de risques.

Je ne dis pas ça pour invalider les « boutiques », mais ça signifie que la réflexion, il faut la conduire du côté des usagers, en allant très loin dans « qu'est-ce que sont aujourd'hui les usagers ? ». On est tous d'accord pour dire qu'il n'y a pas d'homogénéité dans la catégories des toxicomanes, ça ne veut rien dire. Qui est-ce qui s'adresse aux « boutiques » ? Du côté des professionnels il y a une chose très importante qui a été dite. La distinction des professionnels, l'usure et les manifestations de l'usure. L'absentéisme, on repère le « turn-over ». Dans une grande ville comme Marseille, quand on est extérieur, ce qui est évident c'est de voir circuler les professionnels de structures « bas seuil » en structures « bas seuil » et en particulier des professionnels qui n'ont pas de qualifications validées. Leur mobilité professionnelle réduite, renvoie à une forte précarité, à une usure renforcée. La question de la résistance et ce qu'on est capable de supporter et doser parce qu'on supporte beaucoup aussi.

L'absentéisme, c'est pas toujours un bon indicateur, parce qu'il y a des gens qui ne sont pas absents, qui ne posent par d'arrêt de travail et qui sont usés et qui sont obligés de rester en poste. C'est un indicateur aussi quand on n'arrive même plus à réagir par l'arrêt/ maladie. Ça c'est important. C'est important ce que vous évoquiez aussi tout à l'heure, cette question de la distinction immédiate avec les Centres de Soins. Il semble qu'un des éléments forts du côté des « boutiques » c'est l'absence de visibilité de formalisation écrite précise de ce qui s'y fait. Ce matin à la tribune, la question qui était posée, c'était celle de la compétence. La compétence, ça signifie définir précisément une activité, son contenu, sa finalité etc. En général quand on entend parler des « boutiques », moi j'ai participé au projet initial des « boutiques », la définition, se fait toujours en « a » privatif par rapport aux C.S.S.T. Or, il y avait des indications du côté des politiques publiques autour de ce concept large de réduction des risques mais après dans les indications que j'entendais dans la boîte où je travaillais, c'était « attention, vous n'êtes pas dans un Centre de Soins, vous ne faites pas de l'accompagnement, vous ne faites pas... ». C'est très difficile d'identifier un métier, parce qu'il était question de ça ce matin et un projet, quand on est comme ça dans la définition, il y a peut-être nécessité de « balancer » de ce côté là.

Tout ça pour dire qu'à mon avis, là aussi les politiques publiques sont interrogées. Quelle capacité du côté de la Division/sida à définir plus précisément les attendus, le contexte de travail.

#### **Participant**

C'est un élément très important. Au niveau des projets initiaux des « boutiques », il y a une évolution. Au départ on n'avait pas le droit d'avoir des psychologues. Actuellement, je crois qu'il y a eu un changement. C'est quand même important de le signaler.

#### **Participant**

Je voulais juste compléter un petit peu ce que tu viens de dire.

Pour moi, les bases d'usure des personnels et des usagers sont fondamentalement liées aux problèmes de violence. C'est des phénomènes qui usent énormément.

Qu'est-ce qui amène la violence, qu'est-ce qui suscite la violence ? Je pense que la question que tu te poses sur le « a » privatif, ça a toujours été une réflexion sur la question du bénéfice. On va dans un centre pour « toxicomanes », on va dans un centre d'hébergement, on va rencontrer une assistante sociale, etc..., on en tire un certain nombre de bénéfices. Quand on est dans une politique de réduction des risques qu'est-ce qu'on voit des bénéfices ? On en voit pas grand chose. On est dans une position où l'intérêt du lieu est d'éviter un certain nombre de risques, éviter un certain nombre de dommages auxquels les gens risquent d'être confrontés à un moment donné. En fait les gens, n'en voient pas de bénéfice. Leur santé, elle ne dépérit pas, elle est la même, c'est-à-dire qu'ils ne trouvent pas de vrais bénéfices à être dans lieu comme celui-là comme on peut être dans un C.S.S.T.. On va faire un trajet, évoluer, grandir, commencer à trouver un certain nombre de solutions personnelles à ses conflits, à trouver des solutions d'insertion, des choses comme ça.

Le montage, qui est celui de la réduction des risques est à ce niveau là très peu porteur de bénéfices pour la personne. Aller dans un lieu et ne pas voir les bénéfices qu'on peut en tirer ça suscite des réactions, des violences, parce qu'on ne sait pas pourquoi on vient, et on y vient parce qu'on sent qu'il y a quelque chose, mais les gens qui sont en face de nous ne nous apportent rien qui nous permette d'évoluer et de grandir dans notre histoire à ce moment-là. Je crois que ça, c'est un des éléments qui est très difficile à gérer, qui est difficile à intégrer et qui est porteur de violence chez les gens parce qu'effectivement, ils ne trouvent pas d'intérêts. Sur la question du « a » privatif, je te rejoins complètement.

#### **Participant**

Maintenant il y a le Subutex®, la substitution, mais quand même, ils sont toujours dans la toxicomanie. Les drogues circulent. Nous on le voit, ils sont toujours défoncés, en plus avec leur substitution.

**Participant**

Je pense que ce qui a changé, c'est que maintenant ce sont des drogues légales. Nous on « favorise » un petit peu, on distribue des seringues. Avant c'était quand même des produits, l'héroïne et tout ça, maintenant c'est du Subutex®. On leur donne ce qu'il faut, c'est très bien qu'ils se détruisent la santé sauf que, on en fait des infirmes médico-légaux. Nous on participe à tout ça.

**Participant**

Je ne partage pas du tout cette position. Je suis persuadé que dans les « boutiques » il y a des bénéfices pour le public. Ce public en est tout à fait conscient. Pour les épisodes de violence, il y en a, ça n'a jamais été par rapport à l'évolution. Pour revenir sur la notion de bénéfice que peut tirer un usager, je crois que les « boutiques » ont fait bouger ça, y compris sur le centre de soins.

...

**Participant**

...quelques exemples, sur des gens qui... Au-delà du Subutex®, qui est peut être le côté pervers de la chose. Le bénéfice c'est comment ils ont pu trouver des éléments pour passer à autre chose, pour faire autrement avec ou sans le produit.

**Participant**

Une certaine tranquillité, c'est ça ?

**Participant**

Il y avait le souci des réflexions qui peuvent remonter des usagers, mais qu'on peut entendre très fort. Certains qui ont un peu une conscience politique, réfléchissent et voient que les travailleurs sociaux sont là pour faire du social. On a quelquefois aussi la bonne impression avec les produits de substitution. Il y en a qui nous font remonter que Subutex® ou méthadone, ça n'a pas été fait pour eux, ça a été fait pour que dans la société soit propre et lisse et que tout le monde soit tranquille. On est pas loin d'être d'accord avec eux. Je vais rebondir aussi sur la proposition de ce jeune d'ASUD : quand les grands projets se mettent en place, il me semble que l'avis des usagers de drogues ou d'anciens usagers de drogues est toujours à prendre. On peut monter des beaux projets, magnifiques, etc. mais qu'est-ce qu'ils en pensent et comment ils vont l'interpréter, comment ils vont s'en emparer. Je crois que ça, c'est une bonne question.

**Participant**

Juste une chose par rapport à plusieurs interventions : on demande aux usagers de s'adapter à la réalité des projets « boutiques » mais est-ce qu'à l'inverse, on demande aux « boutiques » de s'adapter à la réalité. Il y a pas mal d'usagers qui vont devoir s'adapter à un certain profil, pour pouvoir bénéficier d'un service. Il faut arriver à bien percevoir ce que c'est le projet de la « boutique » et pouvoir y coller. Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose d'un peu pervers dans cette « boutique » ?

**Participant**

Oui, il y a aussi des usagers qui disent : « bon, pour bénéficier de tel service, moi qui dort dehors, qui ne veut pas aller dans un foyer pourri, est-ce qu'il faut que je me drogue pour avoir accès à une Allocation Logement Temporaire dans une association où il y a des chambres libres ? Ce sont aussi des questions usantes.

**François VAILLANT**

Je voudrais revenir un petit peu en arrière sur ce qu'on disait sur la violence. A Transit nous constatons que nous sommes dans un quartier qui nous a ni accueilli, ni rejeté. Avec l'environnement, on a pas de problèmes et pour les violences au sein de la « boutique », en équipe, nous avons constaté qu'au cours de ces dernières années, ( on a l'impression ) qu'il y a de plus en plus de violence, et enfin de compte, il y en a de moins en moins. Des lésions pour des raisons de coups de couteaux, de bagarre, d'injures, il y en a à peu près 4, 5 par trimestre. Si on compare aux années précédentes, il y en a pas plus, pourtant la cocaïne a développé des attitudes différentes, comme chacun sait. On pense qu'il y a plus de violence, mais l'usure n'est pas quantifiable, comme l'usure d'une semelle.

La violence, aussi est très difficilement quantifiable et là nous sommes en face de paramètres, qui souvent nous échappent et on a des représentations sur ce que l'on vit. Le fait de la violence, si on le creusait entre toutes nos structures, ça serait très intéressant. Comment est-ce qu'on représente, comment est-ce qu'on gère, comment est-ce qu'on assume ?

### **Participant**

Je voudrais répondre à deux niveaux sur la violence.

Premièrement, je crois qu'on ne peut pas comparer les années, parce que les gens ont acquis une pratique qui fait qu'éventuellement les phénomènes de violence montrés, ils en ont évité certains autres avant. Il y a peut-être une progression effective de la violence mais les manifestations de la violence sont aussi fréquentes qu'avant et il y a tout un arsenal préventif qui est élaboré par l'équipe tout au long des années. Par contre, au niveau de leur ressenti, c'est plus lourd que ce que c'était avant. Il ne faut pas imaginer qu'il y a moins de violence. Je crois qu'il y en a plus mais qu'ils la gèrent mieux. Il y a des phénomènes de violence qui sont moins montrés qu'avant. Ça, c'est une chose.

Deuxième chose : travailler avec les usagers. Je crois que par rapport à ça, on a tous de la bonne volonté, de part et d'autre. Il faut qu'on travaille ensemble, mais ça ne suffit pas. A un moment donné, ça casse d'un côté ou de l'autre et on n'a pas travaillé à se former, à travailler ensemble. On a pas de base de formation en santé communautaire, on n'a pas élaboré dessus du tout. Chacun le fait au feeling, comme on peut. Moi de la place où je suis, pareillement pour vous. Travailler avec un autre regard, travailler à l'élaboration de projets, à une équipe mixte, etc. Je ne suis pas plus formée que tout le monde dans la salle, donc c'est vrai qu'on manque de formation à ce niveau là. Ça, c'est un handicap, parce que je pense qu'on a des a priori de part et d'autre, des ressentis ou des bonnes intentions et qu'elles tombent mal, qu'elles tombent pas au bon moment ou elles sont déformées parce que l'autre n'est pas à un endroit où on imaginait etc. Il faudrait peut-être qu'on s'attelle à ça et qu'on commence à réfléchir. Si on veut élaborer des projets, il faudrait peut-être qu'on se forme pour pouvoir les élaborer et clarifier les objectifs.

### **Participant**

C'est pas à partir des besoins qu'on peut comprendre la question. Les usagers ont un savoir. Parfois les institutions sont violentes elles-mêmes où elles veulent amener les usagers à un cadre qui permet... Actuellement il y a une espèce de travail sur le symptôme « toxicomanie », on arrive à la question du sens, qui suis-je ? Autant pour le soignant que pour le soigné. En tant que soignant, qu'est-ce que je fais dans cette galère en dehors de gagner mon salaire. Je crois que le problème de la déprime, de l'usure, c'est ça. Le phénomène de la répétition, c'est un phénomène qu'on va accompagner. La police va dire, c'est une rechute, on interroge les choses différemment selon la place où on est, selon, l'information... Voilà ce que je voulais dire. Partir aussi dans la relation d'aide qu'on peut avoir, de ne pas se mettre à la place des autres. En tant que soignant, c'est de développer des moyens, plutôt que d'obliger les gens à être dans un sens unique.

### **Participant**

Il y a des gens qui disaient qu'ils ne voyaient pas le bénéfice de ce qu'ils faisaient. On fait le bénéfice justement quand on ne voit pas la personne. Je veux dire, elle va bien, on ne la voit pas. Du moment, qu'elle est dans le local, même si elle n'émet pas une demande directement, c'est qu'il y a une demande. Du moment qu'elle est là sur le lieu, même si elle n'est pas vraiment consciente de ce qu'elle veut, c'est qu'il y a une demande. L'usager qui va bien, qui a une certaine stabilité, on ne le voit pas. C'est celui que du jour au lendemain on ne voit plus. On a tendance à cantonner les choses à l'héroïne mais maintenant tout le monde est substitué. L'héroïne a un peu disparu. Ça tourne sur la cocaïne. Il y a de plus en plus de problèmes psychologiques et il faut savoir que les opiacés c'est un très bon garde fou pour les problèmes psychologiques, la cocaïne c'est un révélateur. De dire à quelqu'un qu'il ne va pas bien dans sa tête s'il carbure à la cocaïne, c'est sûr qu'il « disjoncte complet ». Il faut en être conscient et arrêter de cantonner les problèmes à l'héroïne. D'accord, on a la substitution pour l'héroïne mais pour la cocaïne il n'existe rien. On a des nouveaux produits qui arrivent comme la kétamine. Vous n'avez qu'à faire un tour en soirée, vous hallucinez. Il y a des jeunes de 15 ans qui se mettent dans des états... pour arrêter ça, il leur faut une semaine. On a trop tendance à cantonner les choses à l'héroïne.

### **Participant**

Par rapport aux bénéfiques, à ce qui avait été dit avant, il y a quelque chose d'un petit peu pervers dans le fait que les bénéfiques des usagers ne sont pas forcément les mêmes que les bénéfiques des soignants.

En fait les bénéficiaires des usagers, ça serait presque de ne pas avoir besoin de la « boutique » alors que les bénéficiaires attendus des soignants, c'est qu'ils soient dans la « boutique ».

**Participant**

Ça peut être usant pour les soignants, d'être dans un système qui est mis en place. Il faut je crois retravailler en permanence, les notions de répétition, par exemple. Il faudrait un espace de réflexion, qui n'existe pas pour des problèmes de moyens... des temps d'arrêt, de réflexion.

**Participant**

Je voulais un peu rebondir, sur ce que madame disait tout à l'heure, à savoir qu'il y avait de normes pour les « boutiques ». Moi, personnellement, je n'ai pas de « boutiques » à gérer. Dans le système des services accordés aux usagers, les repérages sont bien faits. Les usagers savent bien où ils vont, à quel moment, et jusqu'où ils peuvent être pervers dans un système. Quand je parle de violence, c'est parce que malgré cela, il y a des non réponses et il reste encore plein d'entraves dans nos systèmes. Gérant un service social sur Montpellier, où il y a deux infirmières qui travaillent et deux éducateurs, on se rend compte que les non réponses arrivent sur les services mobiles à l'heure actuelle parce que c'est le dernier espace de parole et de possibles. Quand je parle de violence, c'est parce que ces personnes là sont dans un système de non réponse. Je crois que dans les « boutiques », vous dites que vous n'avez pas d'avenir, en fait, vous en avez plein. Vous avez plein d'outils à mettre en marche vers les personnes un peu désespérées, au fond de l'engrenage et qui ont besoin d'espace pour exister.

**Participant**

Par rapport à la violence, j'ai souvenir d'avoir été faire un tour, avec Michel Boulanger du Pélican, à Liverpool, où j'ai découvert des gens qui étaient sous méthadone depuis vingt ans et un chef de la police qui nous montrait avec un gros transparent la courbe de la délinquance qui avait baissé. J'aurai pu dire, c'est fantastique, c'est super, or, c'est vraiment pas notre souci ici. Moins de violence, moins de délinquance, est-ce que la fin justifie les moyens ?

Je penserais que la réaction de violence est intéressante, toujours intéressante. A un moment donné, c'est à partir de ça qu'on travaille, on travaille à partir de la violence. C'est pas quelque chose à dénier, c'est quelque chose à digérer, à comprendre, à analyser, à décortiquer. C'est, qu'est-ce qu'on en fait de cette violence ? Qu'est-ce que je fais de la violence des gamins au pied de l'immeuble ? C'est une violence expressive. D'une violence inquisitrice, on est passée à une violence expressive. Qu'est-ce qu'on fait de cette expression ? Il y a des villes qui ont des dispositifs énormes multiples et variés où les gars instrumentalisent ces différentes réponses. Ce qui exprime encore de la violence, c'est qu'ils n'ont pas encore trouvé, malgré la somme et la pléthore de dispositifs. Où vont les toxicomanes, ils vont dans les dispositifs d'accueil divers pour S.D.F., ils vont partout. Ils vont gratter. La « bouffe » là, le machin là, etc. Quelle est l'identité de la « boutique » ?

**Maurice PILLOUD**

En voulant être provocateur, je me dis que la journée d'une personne toxicomane, c'est : je me lève en centre d'hébergement, je vais dans le premier Centre d'Accueil qui est ouvert, je mange dans un deuxième centre qui me fait manger le midi. L'après-midi, je vais à la « boutique », je prend mon truc, mon café. Le soir, je vais dans le centre d'hébergement. On arrive à ça. Là-dessus qu'elle est notre originalité ? Qu'est-ce qui fait que d'un coup cette personne... parce que moi, j'ai l'impression, c'est peut-être mes origines paysannes qui me font cela mais j'ai l'impression qu'on en fait du bon bétail qui va là où il faut et c'est très bien.

**Participant**

C'est en ces moments-là qu'on entend les gens se dire quelle est la spécificité, qu'elle est l'identité de la « boutique » où je travaille alors que c'est la question des gens qui viennent dedans. C'est pas aux « boutiques » à avoir une identité, il faut donner une identité aux gens qui viennent. Il faut inverser le problème. Ce sont des gens qui sont en manque de plein de choses. C'est pas parce que quelqu'un vient, qu'il n'est pas de votre public. Si il est là, c'est qu'il veut quelque chose. Si on peut lui rendre service pourquoi on ne le ferait pas ? Il faut arrêter de dire, on a telle identité, cela, c'est pas les nôtres, on vous les laisse. La personne qui vient sait qu'elle a plus d'affinité avec telle ou telle personne.

**Participant**

Ça rejoint un petit peu, ce qu'on disait tout à l'heure, replacer les usagers au cœur des questionnements du dispositif. C'est pas les usagers qui font bouger les dispositifs, ce doit être un espèce de mouvement.

**Maurice PILLOUD**

Comme disait très bien Madame Gastinel, il ne faut pas faire des usagers des professionnels et des professionnels des personnes toxicomanes. Tu es usager mais tu deviens un professionnel, il faut que tu aies un comportement de professionnel. Justement il faut trouver ce juste milieu qui n'est jamais simple. C'est ça la demande, chez nous aussi professionnels, de se former, de se préparer à cela. On ne va pas accueillir une personne comme cela, « oh tu es usager, c'est formidable, on va te mettre en avant, on va te donner la parole, tu es un petit peu notre porte parole ». C'est bien d'avoir un usager dans sa poche. C'est : je travaille avec un usager mais je ne demande pas à ce qu'il devienne un professionnel, je demande à ce qu'il reste ce qu'il est.

**Participant**

Est-ce que ça rejoint à ce qu'on disait tout à l'heure ? c'est-à-dire redonner une place aux sujets, aux usagers. Lorsqu'on redonne une place de sujet à la personne, c'est qu'on repose la question de la reconstruction d'un projet de vie où la personne a une place, des choix à faire etc. Quand on va dans cette direction, on réinvente la logique des projets des C.S.S.T..

**Participant**

Moi, je suis issu du C.S.S.T., les « boutiques », je ne connais pas bien. Je crois que ce qui est à développer, c'est pas que chacun reste avec sa mission, mais c'est tout le problème entre les deux. Le toxicomane dans son parcours, il va dans différents endroits. Il faut qu'il se déplace, je crois que votre fonction, est une fonction de lien, de relancer...

**Paule GASTINEL**

Je crois que c'est parce qu'on met le sujet au centre d'une problématique et des « boutiques » qu'il faut les transformer en centre de soins. Je pense qu'il y a quand même une différence d'accueil et de choix de travail, de façons de faire, ne pas faire que sur l'individu. C'est pas parce qu'il est dans un groupe, je ne sais comment exprimer ça, qu'il va perdre son identité. C'est pas parce qu'on s'occupe de son identité qu'on va le soigner, rien qu'en tant qu'individu, comme dans un centre de soins. Je crois qu'ils faut qu'ils arrivent à trouver dans cette espace là...

**Participant**

C'est pas aussi simple que ça dans la réalité.

**Paule GASTINEL**

Moi, je voulais reprendre, ce qui avait été dit tout à l'heure, à savoir que les « boutiques » avaient atteint leurs objectifs. Je suis persuadée du contraire, qu'on a toujours pas atteint les objectifs des « boutiques ». Il faut peut-être déjà redéfinir qu'est-ce qu'on entend par objectif. A ce moment-là comment se place la « boutique » ? Est-ce que c'est toujours une « avant ligne », un avant centre de soins qui permet... grâce à ce bas seuil non stigmatisant, non structuré de la même façon que les centres de soins qui ont un peu évolué, mais qui, ils travaillent d'une façon différente ? Comment on garde cet espace, et comment, ce qui était un des objectifs du départ : que les individus soient reçus dans un espace groupal qui leur permette, quand ils sont en difficulté d'identité, en difficulté de contact, en difficulté d'expression, de pouvoir un peu mieux s'exprimer. Comment de là, ils peuvent aller vers un ailleurs ?

Mais l'ailleurs, c'est lui qui choisissait éventuellement, c'était de l'orientation individuelle, ça ne voulait pas dire le soigner jusqu'au bout et faire un travail de service de psychiatrie, de centre de soins, du service sida, etc. C'était comment à partir d'un espace où ils se posaient, ils pouvaient rebondir après sur les autres structures ou pas ?

**Participant**

Rebondir sur les services de psychiatrie, c'est quand même difficile. Le problème est là, c'est pas un choix.

**Paule GASTINEL**

Que ce soit compliqué soit, mais c'est compliqué partout. Toutes les orientations des personnes qui viennent dans ces centres là, sont difficiles, pour aller dans les services traditionnels existants. Comment vous faites pour faire du lien ? Comment on peut faire ce lien et à partir de là, l'accompagnement ou non vers le droit commun, dont le lien avec la psychiatrie.

**Participant**

Moi, je voudrais rebondir là-dessus. Je suis récente dans le milieu et j'ai l'impression qu'il y a eu à un moment, un problème de santé publique, une urgence et qu'on a répondu à l'urgence par des « boutiques ». Il y a un problème de santé publique, on y répond par l'urgence, par le « faire ». Maintenant qu'on a un peu de recul, il faut qu'on pense à ce que l'on est, et donc à notre identité. Je pense qu'à la fois, on a pas tellement répondu aux gens qui sont sous substitution, qui ne prennent plus nécessairement beaucoup de risques mais qui sont encore dans nos structures, et donc qui ont une demande. On ne répond pas non plus aux personnes qui vont prendre d'autres substances par d'autres moyens et qui se mettent en danger d'une autre manière. Nous, notre évolution, elle va dans ce sens là aussi.

**Participant**

J'ai une question pour comprendre parce que je ne suis pas complètement dans ce champ là non plus. C'est vrai que j'ai l'impression que l'évolution, elle est plutôt de ce côté là, c'est qu'il y avait la demande de sevrage d'un toxicomane, il y a dix ans de ça, classique, et là avec cette histoire de substitution, j'ai l'impression qu'on est plus dans cette chaîne : demande de sevrage, « boutique », centre de soins... on est plus dans des demandes sociales : logement, et tout ça.

**Participant**

Pas obligatoirement.

**Participant**

On continue de mourir d'overdose. Quand même avec des produits de substitution, il y a des abcès, il y a tout ça. Il y a aussi une grosse demande de substitution à la méthadone, et ce chemin là est très très long. C'est vrai que nous, les « boutiques » on oriente les gens mais c'est vrai que tout ne peut pas se faire, comme ça très rapidement, malheureusement pour les personnes. Il y a beaucoup de chose à faire à ce niveau là, je crois.

**Participant**

Je voulais revenir aux objectifs pour les intervenants de la réduction des risques. Je pense que l'un des objectifs c'est le décloisonnement des dispositifs sanitaires et sociaux. Je me place en tant qu'outil pour arriver à faire du lien avec des structures qui n'avaient aucun liens entre elles. Malgré tout, Médecins du Monde a fêté ses dix ans de réduction des risques. Il y a encore énormément de travail, quand on parle sevrage, substitution... allez vers un hôpital psychiatrique pour qu'il réponde à cette demande, vous pouvez attendre longtemps. Vous accompagnez la personne et on vous jette, vous imaginez la personne qui va seule.

**Participant**

La jeune fille a soulevé le problème en parlant d'OD, c'est le problème du Subutex®. Je veux dire qu'avec n'importe quel produit opiacé, vous faites une overdose, les pompiers arrivent, ils vous injectent du Narcan®, ils vous réveillent dans les quelques secondes qui suivent. Si quelqu'un entre en état d'overdose de Subutex® en hôpital, ils ne peuvent que le regarder mourir. Parce que ça contient déjà du Narcan®, pour justement lever tout le plaisir, tout effet narcotique. On a pas le droit de parler de notion de plaisir. Le Subutex® contient de ce produit, pour que justement, si quelqu'un qui use du Subutex® et prend de l'héroïne derrière, il ne la sente pas. Si quelqu'un rentre en urgence avec une overdose de Subutex®, on ne peut rien faire.

**Participant**

C'était pour ne pas qu'il y ait d'overdose.

## **Intervention**

Avec le Subutex on mélange plusieurs produits.

### **Pierre PRUAL**

Je vois avec le Sleep'in et j'imagine que c'est aussi un petit peu le même phénomène qui se passe dans des « boutiques » en tout cas, à Transit et dans d'autres « boutiques ». On a plusieurs types de populations qui viennent dans ces structures. Il y en a qui viennent pendant quelques temps et qui véritablement ont l'air d'être dans le sens du projet, c'est-à-dire qu'on a trouvé une orientation ensemble, il y a un travail qui s'élabore et on les voit de moins en moins. On les retrouve éventuellement dans des C.S.S.T. ou encore dans des services d'hébergement spécialisés etc. et puis ils cheminent. Parfois, ils peuvent revenir aussi, il y a des systèmes d'aller-retour. C'est pas tellement de ceux-là dont je voulais parler. On reçoit aussi des personnes qui sont là depuis 3 ans, depuis 4 ans, qui viennent dormir toutes les nuits. Ces personnes sont dans un état psychologique et sanitaire fortement délabré, elles sont très amochées. On peut parler de pathologie psychiatriques etc. On ne sait pas trop, finalement, si c'est « psychiatrique » en amont ou si c'est finalement les conditions de vie. Ce que je peux constater aussi, c'est que ces personnes là viennent trouver dans des structures comme les nôtres quelque chose comme de la famille. On en parlait tout à l'heure, on a évoqué un petit peu cette question. Il me semble qu'on a fait avec ces structures là, ces prestations, quelque chose qui peut prolonger ces personnes dans ces structures. Elles viennent voir des éducateurs qui sont devenus des référents, elles savent ce qu'il y a à manger, elles ont leurs petites habitudes à l'intérieur de ces structures.

Ça me renvoie aussi à la question de la gestion du groupe. Est-ce qu'on a véritablement appris à gérer le groupe ? Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose à fouiller dans cette direction là ? Sachant en même temps que ce sont des groupes spécifiques parce qu'ils sont composés de personnes qui sont elles-mêmes d'origines différentes, avec des difficultés vécues de manières différentes. Déjà la question de la communication est extrêmement complexe. On voit tous les jours dans nos structures des personnes qui sont capables d'en venir aux mains immédiatement parce qu'ils n'arrivent pas à communiquer différemment. Est-ce qu'il n'y a pas à chercher dans cette direction là ? Comment on peut faire pour gérer un groupe de personnes qui arrivent à n'importe quelle heure, qui s'en vont à n'importe quelle heure, qui ont la liberté d'aller et venir dans ces structures là, qui sont défoncées ou pas défoncées. Je crois qu'il faut aussi dire, défoncée à quoi ? parce que ça dépend aussi du produit de défonce. On sait que là, il y aura peut-être plus de risques de violence ou moins de risque de violence etc. Est-ce que le renouveau, ne passe pas aussi par ça ?

### **Said AOULA - CEID - Bordeaux**

Moi, je voulais rebondir sur l'histoire de Subutex® et de méthadone. Je crois qu'il faut faire attention. Je ne suis pas partisan non plus de mettre du Subutex® et de la méthadone partout. Pour certains patients ça a bien marché. Est-ce que le Subutex® est un outil pour la réduction des risques ? Pourquoi pas, ça peut aussi être un « plus » pour certains, de s'en sortir. Je crois qu'il ne faut pas non plus vraiment être alarmant par rapport à un produit. Vous parlez de la répétition chez les pensionnaires, par l'usure. Je crois que c'est symptomatique. Il y a une répétition qui revient tous les jours, il y a un problème. Nous on a l'expérience sur Bordeaux et il me semble que ça peut être intéressant parce qu'on est une équipe qui travaille à la fois sur le centre de soins et en même temps on gère une « boutique ». C'est les mêmes professionnels qui travaillent. Moi, je suis responsable coordonnateur, il m'arrive de travailler par périodes plus sur le centre de soins, au moment où il y a une surcharge, à d'autres plus sur la « boutique ». J'ai une mobilité, et c'est pareil pour les collègues. Les infirmiers travaillent le matin sur la méthadone, les après-midi, ils travaillent sur la « boutique ». Je crois que là, effectivement ce qui nous intéresse, on travaille avec une formation spécifique et en même temps, on travaille avec une souffrance. Il y a une partie des gens qui souffrent. On essaie de trouver des solutions et des soutiens. Qui vient à la « boutique », qui vient au centre de soins, c'est la même chose.

### **Participant**

L'équipe se fatigue parce qu'elle ne sait pas travailler au problème de la répétition qui est souvent un comportement qui s'inscrit chez les usagers, une façon de répéter, quand on vient plusieurs fois. Je ne parle même pas de consommation, de passage à l'acte par la violence par exemple. Je crois qu'il y a une difficulté à travailler la répétition pour les soignants.

Il faut que ça prenne du sens. Chaque soignant a ses références pour analyser les répétitions. Pour un, ça va être parce qu'il n'y a pas demande, pour l'autre ça va être autre chose. On travaillait un peu sur le savoir faire, sur les projets de formation.

Je crois qu'il y a un besoin pour les équipes actuellement, de se ressourcer, d'aller travailler sur le transfert par exemple, la résonance. Toujours l'action. On peut prendre un temps d'arrêt actuellement, se retirer un peu, un moment.

**François MONIER**

On va peut-être prendre une ou deux interventions pour conclure la matinée, et en venir plus sur les solutions. Est-ce qu'il y a des interventions pour conclure la matinée, préparer l'après-midi ?

**Participant**

La question qui n'a pas du tout été évoquée, et en fait on y est tous à peu près confrontés, c'est celle des problèmes d'usage de produits divers et variés et d'alcool. C'est pas la même chose de rencontrer quelqu'un à onze heures du matin et de la rencontrer « raide » et alcoolisé à 11 heures. Etablir un échange et un dialogue, c'est relativement difficile, d'autant plus qu'il y a des oublis complets le lendemain, même s'il y a des actes de violence. A cette question de l'alcool je ne sais pas si on trouvera des réponses.

**Participant**

On a peu parlé d'alcool et on a peu parlé de ces nouvelles consommations, de ces produits de synthèse qu'on voit dans les « raves » quand on y va avec Médecins du Monde.

**Participant**

Surtout que c'est une nouvelle population qui arrive aussi dans les « boutiques ».

**Participant**

Je ne sais pas s'il faut qu'on s'attache à tel produit. L'atelier, c'est l'usure, l'usure du quotidien auprès des gens, qu'est-ce qu'ils viennent chercher dans les « boutiques » alors qu'ils ont tout.

**Intervention**

Est-ce qu'ils ne sont pas un peu usés face à ces nouveaux produits ?

**Réponse**

Je ne crois pas. C'est plus dans le fonctionnement des projets...

**François MONIER**

On essaiera d'aborder assez rapidement la question de l'alcool, c'est nécessaire de parler de produits, notamment de l'alcool. Il faudra aussi parler du voisinage et des quartiers.

...

**Participant**

... et cloisonner non pas les savoirs mais les positions des gens. La rencontre entre différentes structures.

...

**Participant**

...quand il parlait des personnels qui travaillaient à la fois sur les C.S.S.T. et sur les « boutiques ». Nous on travaille avec un médecin qui est médecin référent du Centre Haut Alpin d'Alcoologie. C'est intéressant parce que ça permet ne pas être dans des cloisonnements. Les personnes dépendantes de l'alcool dans les centres de soins, est-ce que ce sont des gens qui sont sous méthadone et qui utilisent l'alcool, la cocaïne, des médicaments comme produits associés. On a eu des cas différents.

Comme disait la personne d'A.S.U.D. ce matin, des gens qui sont substitués alors qu'ils avaient à la base une dépendance à l'alcool, ils sont devenus injecteurs, alors qu'à la base, ils avaient une dépendance à l'alcool.

Ce qui les intéressait c'était de coller à l'image, c'était la structure qui les intéressait, ils se sentaient bien, ils sentaient qu'ils pouvaient trouver une place donc, il fallait qu'ils collent à la structure. Pareil pour les cas de problèmes psychiatriques.

**Participant**

C'est le problème de l'évaluation. Comment pouvoir poser, je ne dirais pas, un diagnostic, comment comprendre le fonctionnement du produit pour la personne ? Qui va le faire ? Comment ça va se passer pour pouvoir travailler les questions de la dépendance, le problème de l'alcool ? Par rapport aux « boutiques » je croyais que le problème soulevé, c'était l'acceptation des gens qui entrent ivres.

**Participant**

C'est accepté, on accepte n'importe qui, alcoolisé, drogué, sous Subutex®. On l'a abordé tout à l'heure, on est un certain nombre à dire qu'il faut toujours installer des lieux bas seuil, « boutiques », Sleep'in, salles d'injection. Par contre on interdit la consommation d'alcool dans les lieux. On dit, on ne peut pas le faire parce que c'est illicite et on demande à ce que ça devienne licite pour qu'on puisse le faire. Par contre l'alcool qui est licite, on ne l'autorise pas à l'intérieur des structures. On est pas très « clean » là-dessus.

**Paule GASTINEL**

Quand vous parlez de l'alcool, c'est aussi, qu'on est pas neutre vis-à-vis de l'alcool, on en consomme tous. C'est pas le même rapport à l'alcool, même si on travaille pas sur le produit, qu'on travaille sur l'individu. Je pense que quelque part, il y a du culturel qui est interrogé, et qu'il y a peut-être aussi à s'interroger, alors que c'est culturellement intégré. L'alcool, on l'interdit dans la consommation des structures, c'est pas pour rien, mais c'est peut-être un travail aussi. Quelle position on prend ? J'ai l'impression que quelquefois aussi, on entend que finalement, c'est un moindre mal parce que ça coûte moins cher. On se dit si quelqu'un passe à l'alcool, c'est peut-être une étape. Mais c'est une étape quelque fois dramatique. C'est aussi à réfléchir, les intervenants, les gens qui sont là, quel positionnement ils ont.

**Participant**

L'alcool fait partie de la polyconsommation. Quand on parlait des nouveaux produits tout à l'heure, je crois que l'alcool est systématiquement associé à ces nouveaux produits. Ça aussi, je pense que c'est quelque chose qui est relativement nouveau. Il y a des alcooliques comme on les connaissait avant et il y a ceux qui utilisent l'alcool avec le reste.

**Participant**

Pour revenir à l'histoire d'une « boutique », une « boutique » fonctionne avec un cadre. S'il n'y a pas de cadre, tout est permis, on ne peut permettre à un usager de venir avec des bières dans une structure. Dans ces cas là, il y aura la question des violences. Une structure d'une façon générale doit fonctionner avec un cadre, un règlement à l'intérieur. Il a des choses à ne pas faire. C'est clair et net, question de respect du personnel, etc. La question ne devrait plus se poser.

**Participant**

Une petite parenthèse. A mon sens, une structure type « boutique » fonctionne avec un cadre, ça je suis entièrement d'accord. Par contre, que la pratique de l'injection, par exemple, soit intégrée à l'intérieur d'un cadre d'une structure type « boutiques », pour moi, c'est quand même être dans le cadre. D'autre part je ne suis pas sûr que le fait de pratiquer l'injection à l'intérieur des « boutiques » soit une cause de réelle violence, je pense peut-être plutôt le contraire.

**Participant**

Ça, c'est autre chose.

**Participant**

Les « boutiques » fonctionnent dans des cadres. Ce n'est pas parce qu'on a interdit l'alcool dans le local, etc., qu'on va interdire l'individu drogué ou saoul dans le local, que la violence vient avec lui. Ça n'a rien à voir avec le fait qu'il y ait de l'alcool ou pas dans le local, c'est l'individu qui arrive avec son agressivité, ses problèmes.

**Participant**

Je te rejoins sur les questions de cadre parce qu'effectivement on interdit l'alcool mais pas les gens forcément alcoolisés dans la structure, ça on est d'accord. Par contre on l'interdit aussi dans les environs. Je rebondis sur la question du voisinage, etc. la gestion du voisinage, de la rue. La rue, on est plus tellement dedans, on s'autorise des fois à intervenir, à proposer quelque chose sinon, et bien on sait comment ça se passe. C'est des regroupements, c'est des bagarres, c'est du business, etc. Dehors il règne un « truc » qui n'est pas évident...

**Participant**

Je voulais dire par rapport aux personnes qui viennent alcoolisées ou pas, qu'en ce qui nous concerne à Intermède, des fois on refuse l'accès à des personnes, on leur dit « on pense qu'aujourd'hui pour toi, ça va être compliqué de rentrer et d'être parmi nous ». On a pas à tout accepter. On a pas à être pris en otage. Ça, ça fait partie de la violence dont on ne parle pas qui pour moi est très importante, qui peut être vécue de façon plus forte au niveau des équipes que la violence dirigée contre les personnes.

**Participant**

Les problèmes qui se posent aux équipes, par rapport à l'usure, c'est aussi les reconnaissances différentes, de tolérance... à quel degré de boisson va-t-on... C'est une question interne mais ça fait partie de l'usure.

**Participant**

C'est une question interne mais qui à mes yeux reste très compliquée à aborder. Il y a une équipe, elle est en fonction d'un projet et le projet doit être respecté par tout le monde. Si les professionnels ne respectent ce qui est mis en place, il est bien évident que là vous vous exposez à un dérapage en permanence.

**Participant**

La question entre dedans et dehors y est, vous ne pouvez pas faire l'économie de ça. Si on a le droit de venir complètement défoncé avec de l'alcool, etc. et qu'ils se mettent tous devant la « boutique », ça ne peut pas se faire... la « boutique » va être fermée au bout de 2 mois. Je crois que le travail qui peut se faire c'est qu'il faut gérer à la fois, ce qui se passe devant et ce qui se passe derrière.

**Paule GASTINEL**

Par rapport au règlement et au cadre, je pense que dans l'idéal, un cadre tout le monde s'y plie et ça fonctionne. Malheureusement dans la réalité, c'est pas ça, il y a des humains à l'intérieur d'une « boutique », qu'ils soient professionnels ou qu'ils soient usagers et les humains ont leurs humeurs. Quand ils arrivent un jour, ils supporteront quelque chose, le lendemain, ils supporteront moins bien. L'usure entraîne aussi ça, on est pas aux mêmes degrés de tolérance et d'acceptation des situations, suivant qu'on a récupéré ou qu'on a pas récupéré ou qu'une violence de quelqu'un d'alcoolisé un jour et qui devient insupportable alors que la veille on avait géré. Le cadre, tout le monde est d'accord mais comment dans un cadre posé, quand il y a des difficultés d'équipe, quand il y a des difficultés de terrain, parce qu'il y a un groupe qui s'alcoolise et qu'il y a un produit qui circule et qui est particulièrement mélangé et particulièrement déclencheur de violence, on réagit et on gère cette usure, cette difficulté passagère, passagère mais bien souvent répétitive.

**Participant**

Bien sûr qu'il se gère en fonction d'une situation un petit peu difficile, d'un problème de violence qui doit se gérer là, maintenant tout de suite... mais je pense que l'usure, c'est l'usure sur le long terme. Je pense qu'une des idées, que nous mettons en place à Nîmes, c'est effectivement de prendre du recul, de se mettre en recul, d'avoir des réunions, des régulations, du temps pour parler. La Journée « boutiques » en fait partie, c'est-à-dire qu'on se met en recul pour parler de notre travail et entendre les autres.

Ça, je pense que c'est important. Sinon on se met à fonctionner très vite uniquement au coup par coup. Il y a un truc spectaculaire, vite il faut... Du coup on est en permanence dans l'urgence même dans le fonctionnement de l'équipe. Je crois que ça se travaille régulièrement et sur du long terme, sinon l'équipe gère du quotidien en permanence, de la violence régulièrement, un monde important qui est là présent et elle s'use très rapidement, si institutionnellement, on ne donne pas les moyens de se mettre régulièrement en recul pour penser son travail, le parler et de se dégager du nez dans le guidon.

**Participant**

C'est une des solutions un peu commune à toutes les équipes.

**Participant**

On a eu un gros problème de violence qui s'est posé, en fait on était une équipe de filles. On a été obligé de fermer la « boutique » quelques jours, et après on s'est réuni avec les voisins parce qu'on a eu des gros problèmes avec les voisins. On a fait plein de réunions pour savoir ce qu'on pouvait faire justement pour ne pas qu'il y ait de gros problèmes de violence qui se posent dans les mêmes conditions. D'un commun accord avec le propriétaire des locaux, on a décidé de prendre quelqu'un qui travaillait dans une boîte de sécurité et qui a connu la toxicomanie. Il connaît bien ce milieu, il sait bien gérer les gens. On a donc pu le garder deux ou trois mois, même pas, parce qu'on a pas du tout de moyens financiers. En fait, on a remarqué que quand cette personne était là, il n'y avait plus aucun problème... Tout s'est bien passé avec lui, il n'y a pas eu besoin de speeder et tout, malheureusement, c'est vrai qu'on a pas pu garder la personne.

**Participant**

Je connais bien cet incident, et moi qui suis après vous dans la rue, ça a été épouvantable à gérer, parce quand on pousse vers les extérieurs, il y a des regroupements et nous avons eu autour du Samu, sur la gare routière jusqu'à 400 personnes par soir.

**Participant**

Nos files actives n'ont pas diminué quand nous avons eu cette personne là à la « boutique ». Quand on parlait de l'alcool, nous a décidé de ne plus recevoir les alcooliques, enfin ceux qui ne prenaient que de l'alcool. Parce que justement, il y a des problèmes entre les toxicomanes et les alcooliques. C'est des vanes qui fument « toi, tu n'est qu'un sale tox » et « toi t'es qu'un poivreau ». Nous on fait de l'accueil « bas seuil », on reçoit comme ça mais après on est obligé de « creuser » pour savoir quel produit la personne prend.

**Participant**

Pour quelqu'un qui prend des médicaments, c'est quoi ? Quelqu'un qui prend des médicaments et de l'alcool, par exemple c'est quoi ?

**Participant**

C'est pas comme ça que ça se passe, nous on a des personnes qui ont 50 ans qui viennent, qui ne prennent que de l'alcool et qui se permettent de traiter les autres de sales toxicomanes.

**Participant**

C'est quoi la différence, c'est la prise de produits ou c'est le profil de la personne ?

**Participant**

Ce que j'entends, c'est ce qui a été dit ce matin par rapport aux nouveaux produits, ça fait un peu tomber ce genre de représentation aussi, entre le malade alcoolique et la personne toxicomane, c'est vrai qu'il y a des profils différents. On a des personnes dépendantes de l'alcool.

**Participant**

C'est pas tant les profils que leur propre identité. La personne s'identifie à l'identité de l'alcoolique et... le clivage se crée entre eux, c'est naturel chez eux. On a eu ça effectivement à Nîmes où il y avait des groupes de pression très importants. Il n'y a pas de clivage par rapport à ça par nous mais entre eux.

**Participant**

On va dire à la personne « tu prends de l'alcool et des médicaments, tu peux venir » et aux personnes qui prennent de l'alcool « tu ne peux pas venir » ?

**Participant**

C'est une réalité aussi.

**Participant**

Nous on a un bon exemple à Lyon parce que la structure Diabolo a été fermée pendant un mois et demi suite à un changement de direction et c'est vrai que c'était une structure qui accueillait en moyenne 80 personnes par jour, les locaux étaient relativement petits et c'était devenu une population à la fois toxicomane et à la fois de gens sans abri, de gens sans papiers, de réfugiés... enfin le « rebus » de la société. Au changement de direction, il y a eu un reciblage de la structure vers ce pourquoi elle était faite. Suite à cette fermeture, il a été décidé de restructurer un petit peu l'accueil des personnes et de faire un côté pour les personnes qui sont sans papier, réfugiées, qui sont sans abri, afin de les accompagner vers d'autres structures sur Lyon, afin de pouvoir laisser la structure qui était ouverte l'après-midi aux gens qui s'identifiaient eux-mêmes comme personnes toxicomanes, enfin comme personne ayant un problème de toxicomanie et d'autre part pour les personnes qui utilisent un produit pour se défoncer. Nous on pas ciblé sur alcool, cachetons ou héroïne mais plus sur comment ils prennent le produit et dans quel état d'esprit. C'est vrai que du coup, ça change pas mal les données.

**Participant**

Moi, je trouve ça intéressant, parce que c'est vrai que ça pose la question de l'objectif, la question de l'identité des « boutiques », telle qu'elle a été aussi déposée. Le label a été déposé il y a 7 ans, 8 ans et c'était un label sur la question de la réduction des risques des usagers de drogues par voie intraveineuse. On voit bien comment les choses évoluent, et éventuellement on arrive pas à gérer ces évolutions, c'est difficile. On revient en arrière sur des positionnements qui sont différents. C'est vrai que c'est une question d'évolution de ce type de projets, dits « boutiques ».

Moi je soumetts aussi de manière un peu provocatrice l'histoire de l'alcool. Pour moi boire de l'alcool à l'extérieur ou à l'intérieur d'un Sleep'in ou d'une « boutiques », au niveau de la réduction des risques, c'est pas très très différent. La dangerosité n'est pas très différente, pour moi, à l'intérieur ou à l'extérieur. On pourrait s'interroger là-dessus. Par contre il y a une vraie différence entre quelqu'un qui s'injecte dans une cage d'escalier ou dans les WC d'un café de l'héroïne ou du Subutex® et quelqu'un qui s'injecte dans une salle qui est prévue à cet effet avec un milieu suffisamment aseptisé pour pouvoir le faire. La question de la réduction des risques ne se pose pas au même niveau. La nécessité d'avoir des cadres comme celui-là, c'est une question de loi. Je l'ai fait d'une manière provocatrice tout à l'heure mais c'est pas une question facile ou difficile. La question de la dangerosité ne se pose pas de la même manière quand on s'injecte un produit ou quand on avale une cannette de bière, c'est clair. Là les questions de santé publique ne se posent pas de la même manière.

**Paule GASTINEL**

Si, ce n'est que faire l'amour quand on est défoncé à l'alcool, il y a peu de chance qu'ils mettent un préservatif. Par rapport à ce que disait l'équipe de Montpellier, il y a quelque chose de l'ordre de : qu'est-ce qu'on est capable de supporter à un moment donné de l'histoire de l'institution aussi et je trouve respectable qu'à un moment donné les gens disent « on ne peut pas recevoir ces gens là », mais après on se pose la question de ses limites et des formations, de la réflexion que l'on peut mener pour élargir le champ des personnes qu'on a énergiquement renvoyées. Je crois qu'il y a des mesures de sécurité pour les gens qui sont reçus et les gens qui reçoivent . Dire « nous en ce moment, on ne peut pas faire ça », on va trouver ça comme moyen de survie de l'institution et de notre travail et puis après on avance encore un peu. Ça ne doit pas être figé, effectivement c'est dans l'évolution permanente.

**François MONIER**

On va prendre les deux dernières questions. Après, il va falloir qu'on arrive à travailler plus sur les recommandations, sur les solutions, d'abord sur le voisinage...

**Anne Frédérique GRANGE**

Moi, c'était pas une question, c'est plus une réflexion. J'ai l'impression qu'il y a des difficultés entre prise d'alcool sur le mode toxicomaniaque et prise d'alcool sur le mode alcoolique. Sur l'hôpital de Chambéry, on est deux assistantes sociales à mi-temps, une référante toxicomanie et une référante alcoolologie, sur des unités mobiles différentes. Au début on s'est dit : Qu'est-ce qu'on va faire, qui va faire quoi, comment ?

En fait, ça se passe relativement bien parce que dans les échanges qu'on a, on ne fait pas des profils de population, parce que c'est pas aussi clivé que ça. On se rend compte qu'en fait on ne voit pas du tout les mêmes personnes dans les mêmes projets, dans les mêmes difficultés. C'est très différent quelqu'un qui est dans la prise de produits et autres en étant passé par la substitution et qui est passé à une dépendance à l'alcool et quelqu'un qui est dans une dépendance alcoolique depuis le départ. J'ai un petit peu de mal, en travaillant pourtant dans un Centre de Soins pour Toxicomanes, à comprendre pourquoi, ça ne se passe pas comme vous le disiez tout-à-l'heure de la même manière qu'entre l'unité mobile alcoologie et l'unité mobile toxicomanie. Pourquoi, ça ne se passe pas pareil entre les centres de soins et « boutiques » pour toxicomanes et les C.C.A.A. A mon avis il y a des enjeux ou peut être d'autres choses.

#### **Participant**

Ça commence, les gens commencent à avoir une connaissance. Peut-être que dans quelques années ça sera différent. Il faut bien travailler avec cette notion de l'instant. Tenter cette histoire du soin. Je pense que ça commence à se parler, à se développer. Qu'il ne puisse pas avoir de compétition, ce problème de lien.

#### **Anne-Frédérique GRANGE**

Je ne sais pas si ce n'est pas un problème de compétition, mais enfin peu importe. En tout cas, il y a quand même une différence et ça c'est quand même important. Pourtant à l'hôpital de Chambéry, c'est pas un gros Centre d'Accueil même s'il y a des difficultés. J'ai l'impression qu'on arrive mieux en échangeant, à trouver des différences de problématiques. Quand on entend parler d'addictologie, c'est une réflexion un peu ambiguë.

#### **Participant**

Je crois que c'est des propositions au sens large qui sont à travailler en réseau.

#### **Participant**

Il y a des savoirs faire des services d'alcoologie que nous, on a pas forcément et qui sont importants.

#### **Participant**

Sur ce point là et des choses dont j'ai entendu parlé ce matin, c'est vrai qu'on parle beaucoup d'orientations et qu'on ne parle pas beaucoup d'accompagnement des gens. C'est une chose de dire à quelqu'un d'aller au C.C.A.A. parce qu'il a une problématique d'alcool et c'est autre chose qu'il y aille.

#### **Participant**

Je travaille à Intermède comme éducateur à trois quart temps et sur un quart temps, j'ai développé une action comme éducateur sportif-aviron. Je propose aux accueillis, usagers de drogues ou pas, fréquentant Intermède, de venir. Il y a deux matinées par semaine, ils peuvent venir pratiquer l'aviron dans un club étudiant. Puisqu'on parle d'accompagnement, ça en fait parti. Pour en revenir sur l'histoire de la violence et d'un gros bras à la porte, on a pas mal réfléchi là-dessus. De toute façon, il faut savoir dire non et il n'est pas question de taille et de force.

#### **Participant**

C'était pas un gros bras, d'abord je crois que c'était la personne qui avait le plus d'affinités avec les usagers, justement.

#### **Participant**

Juste pour en revenir là-dessus, on se rend compte qu'il y a pas mal de structures qui ont été confrontées à des problèmes de violence très très importants qui les ont amené à devoir faire appel à des hommes de sécurité, parce qu'ils étaient dans l'incapacité à ce moment là à pouvoir faire quelque chose.

**Participant**

Nous on l'a fait, on nous a fait du chantage. Le propriétaire nous a dit : « C'est comme ça. Ou vous trouvez une solution tout de suite et rapidement ou votre bail n'est pas renouvelé ». Il y avait aussi tous les voisins.

**François MONIER**

Est-ce qu'on peut passer à l'usure qui serait liée au voisinage, au quartier, aux habitants.

**Participant**

A Nîmes on y a été pas mal confronté, assez régulièrement. On est quand même situé au centre ville. Il y a le centre de soins et la « boutique » dans le même bâtiment. Ça fait du monde qui passe, notamment à la « boutique », il y a un milieu ouvert, les gens rentrent, sortent etc.. On a été pas mal confronté à la violence liée au trafic, au bruit. Les gens en avaient un peu marre, on a commencé à entendre parler de pétition. On « flippait » notamment avec ce qui s'est passé à Paris, la « boutique » qui a fermé à cause du voisinage. On s'est installé sans négociation avec le voisinage et ça c'est fait assez rapidement. A partir de là, on a essayé d'aller avec les voisins, de parler avec eux, d'expliquer ce qu'on faisait.

**Participant**

Je suis de l'extérieur, mais j'ai l'impression qu'il y a des différences. Vous disiez ce matin qu'au niveau de Transit, en fait il n'y a pas vraiment de conflits, il n'y a pas de contact non plus. J'ai eu une expérience à Paris, à la Goutte d'Or où au contraire, ils développent beaucoup sur le tissu associatif, l'association de quartier est très présente au niveau de la « boutique » avec des actions communes, un journal qui est édité, etc.

**Participant (Nîmes)**

Nous c'est vraiment les voisins, et quelques voies adjacentes, on essaie d'aller les voir. On essaie de garder des liens et quand il y a des difficultés, on en parle. Ils savent qu'ils peuvent venir nous voir quand il y a des difficultés.

**Myène FRAPPAS**

Par rapport à ces questions là, les gens qui travaillent dans les « boutiques » et ces lieux d'accueil sont soumis à la pression des riverains, des habitants. Par exemple, du point de vue des collectivités locales, ça a été dit ce matin, on est soumis aussi à d'autres formes de pression, la pression des habitants qui sont des administrés et des électeurs potentiels, du coup la pression des élus et à Marseille en l'occurrence tout bord politique confondu parce que l'enjeu est fort à soutenir des pressions de ce type. Et puis il y a des éléments objectifs qui font que c'est vrai que c'est intolérable de vivre dans un quartier où on peut repérer des faits difficiles à supporter au quotidien, légitimes complètement du côté de la revendication des habitants. Il me semble que ce qui est très difficile, c'est de placer des postures figées où chacun est persuadé qu'il a la légitimité, la « boutique » parce qu'elle intervient au nom de la santé publique, l'écu, parce que c'est intolérable et qu'au niveau local il a un dispositif financé par l'Etat. Quelquefois il arrive que ce soit fait sans négociation, ça a été dit, même avec la collectivité. Sur Marseille, les gens du Sleep'in en parleraient mieux, on a été confrontés à ce problème. Il ne se pose pas sur Transit parce que ça a été géré différemment du dedans et dans l'implantation de Transit dans le quartier. Le fait que ce soit le Sleep'in, que ça se passe la nuit, dans ce quartier où la valeur immobilière est en chute, où il y avait des gens qui avaient investi... c'était un quartier relativement coté antérieurement.

Ce qu'on a tenté de faire, c'était un plus que pouvait apporter la collectivité locale, c'est de mettre en place une instance de suivi de ces problèmes là où sont réunis les partenaires de la « boutique », les services de l'Etat et d'autres partenaires qui sont du côté de la collectivité locale, par exemple les services qui peuvent apporter un plus en termes de réponses pour gérer ces formes de nuisances. La police municipale et les services de médiations urbaines, les services du nettoyage, un ensemble de services techniques de la voirie. Très souvent, ces problèmes là, sont des problèmes prétextes, il y a des tas de problèmes d'environnement.

Du côté des services de l'Etat, la police nationale et en même temps avec des personnels compétents, développer du travail de proximité qui est un travail de médiation avec les usagers mais aussi avec les milieux urbains. En même temps ce qui a été fait du côté du dispositif de la « boutique », c'est un travail en lien avec les habitants, des réunions où les choses s'explicitent de l'ordre d'un projet.

Les gens ne sont pas nécessairement contre et ces contradictions, il faut les mettre en débat et ça, ça produit de l'intolérance. Ce qu'on repère, c'est qu'il y a des moments où ça se crispe, il y a des tensions, on tente un petit peu de repérer ce qui est défaillant dans le travail qu'on a mis en place dans le comité de suivi, on se recale un peu. On est confronté à des problèmes nouveaux, il n'y a pas une bonne réponse.

### **Participant**

A partir d'un travail préparatoire, c'est ça que vous vous voulez dire ?

### **Mylène FRAPPAS**

Il y a une instance qui est mise en place et qui fonctionne à la confrontation, aux problèmes, aux réponses... Ça régule. Ça ne résout pas tout mais du côté des élus, c'est vrai que c'est important parce que c'est une pression qui est forte quand même. La pression est forte du côté de l'élu, même pas de l'élu local, c'est redondant par rapport au discours des habitants.

### **Dominique GILLES ?**

Pour compléter ce que tu dis, Mylène, il y a un instrument de mesure, qui est mis en place qui à mon sens est intéressant et très simple, qui concerne chaque secteur, qui se retrouvent autour de la table, autant les services de l'état, les services municipaux, les représentants institutionnels etc. et qui indique mois par mois les événements. Par exemple, combien a-t-on retrouvé de seringues dans la rue ou dans le quartier autour du Sleep'in pendant le mois ? Combien il y a eu d'interventions de la part de la police municipale ou de la police nationale ? etc. Ce qui permet, au fil des mois, de pouvoir mesurer les évolutions, les éventuelles régressions. Je l'ai découvert il n'y a pas longtemps, et je l'ai trouvé très intéressant cet instrument de mesure. Ce qui me paraît intéressant, c'est que les rapports, notamment avec les institutionnels ou encore avec les représentants de l'Etat, je pense par exemple au commissaire de police, sont faciles grâce au portable ou au numéro de téléphone. Ce qui fait que le commissaire de police dernièrement m'a appelé en me disant « Madame Untel, du 2 de la rue Villeneuve s'est plainte, voici ses coordonnées ». Je rentre de suite en relation avec elle, je lui explique où on en est, je lui explique aussi la difficulté de la tâche. Je désamorçe, je crée du lien, etc., il n'est pas impossible que dans les mois qui viennent nous organisons un super apéro au Sleep'in avec les voisins, etc. C'est pas un modèle. Il y a des problèmes, tous les soirs, il y a une équipe de rue qui est présente autour du Sleep'in et qui va à l'encontre des usagers, pour éviter les attroupements, pour éviter les « deal », pour éviter tout simplement les petites filles qui rentrent à cinq heures de l'école et qui n'arrivent pas à rentrer dans le couloir de l'immeuble parce qu'il y a deux gars qui sont là à moitié, je ne sais pas quoi. Ça crée de la tension, ça crée des frayeurs, les parents voient mal leurs gosses dans la rue, c'est à juste titre. Il y a des problèmes, au moins, ça mérite d'être parlé.

### **Participant**

Moi, ma question, c'est de savoir si c'est de l'usure. Je ne suis pas certain que ce soit de l'usure. Est-ce que le phénomène est un phénomène d'usure ou pas ? C'est un phénomène de fait, c'est-à-dire qu'avant l'usure, lorsque la « boutique » a voulu s'ouvrir à Paris, avant l'usure du voisinage, le voisinage, s'est opposé. Il y a eu un phénomène de rejet. Le phénomène d'usure rentre en jeu dans un deuxième temps.

On l'a vu dans les réunions qu'on a pu faire au Sleep'in avec les habitants. Comment certains, dans des phénomènes de rejets, posaient les choses de manière très forte, avec des discours excessifs, voire fascisants et comment avec d'autres à un certain moment, on avait droit au balancier, c'est-à-dire que ça allait tellement loin, qu'à un moment donné les gens disaient : « Bon ça suffit maintenant, ma voiture on me l'a désossée avant l'ouverture du Sleep'in, depuis qu'il y a les Sleep'in elle n'a pas été désossée. Il faut arrêter »... C'est des jeux comme ça, de balancier, de discours, il faut reconnaître la réalité.

C'est vrai que l'implantation dans un cadre où il y a des habitations, d'un lieu comme un Sleep'in ou des « boutiques » ça crée des nuisances. C'est de fait, elles sont de fait au moment de l'ouverture. C'est vrai que dans le temps, elles font de l'usure et que là les habitants sont usés de la présence etc.

Au Sleep'in, on a depuis le début fait un travail de proximité. On a plus ou moins bien géré, on a mieux structuré, c'est clair. Je pense que si on a été obligé de structurer c'est parce que les réactions étaient aussi de plus en plus intensives, que l'histoire de l'usure et l'histoire du rejet se rajoutaient à un moment donné.

**Participant**

Est-ce qu'il n'y a aucune solution par rapport à ça et est-ce qu'on peut authentifier que c'est de l'ordre du projet et de l'usure. Est-ce qu'on peut s'appuyer sur des choses précises, pour qu'effectivement depuis trois mois, on relève qu'il y a des seringues qui sont ramassées, qu'il y a eu tant de vols, etc.

**Participant**

Ça, c'est des faits, ça peut être des signes... Il y a de l'usure effectivement. Les gens en ont marre, c'est légitime qu'ils en aient marre. Par contre si on ne s'appuie pas sur des faits, on reste dans des représentations imaginées, un sentiment d'insécurité mais qui relève plus ...

**Participant**

C'est un instrument de mesure, mais c'est aussi un instrument de communication. A partir de là, on parle, à partir de là, on se parle. A partir de là, le commerçant du quartier doit bien admettre que depuis deux mois il y a une baisse de seringues trouvées dans la rue et qu'il y a en même temps une augmentation des interventions des forces de la police nationale.

**Mylène FRAPPAS**

La question des représentations, ça se travaille aussi...

---

# Atelier n°4

---

## « Les boutiques de demain ? »

*« Comme ceci est abordé au sein des autres ateliers, « les choses » bougent.*

*Face à ces évolutions, à ces changements, à ces (parfois) bouleversements, comment se situent les « boutiques » ?*

*De quel cadre ont-elles besoin ?*

*Quels projets devront-elles formuler ?*

*Se posent ici et en vrac de multiples questions :*

*Celles de salles de shoot, de la substitution injectable, de la substitution à bas seuil d'exigence, des « boutiques généralistes ».*

*Se pose également la question du cadre administratif et financier (qui du passage à la Sécurité Sociale par exemple), quel financement à l'heure où le SIDA apparaît comme un moindre problème ?*

*Les « boutiques » doivent-elles rester des « exceptions » ou s'intégrer dans un dispositif plus large et plus « banalisé » ? ».*

**Animateur :**

**Madame Martine LACOSTE – Clémence Isaure -  
TOULOUSE**

**Rapporteur :**

**Monsieur FAVOT – ACTES - NICE**

**Le matin**

---

...

**Chantal FORTERRE – AMPT- Marseille**

Transit a ouvert ses portes en janvier 1993 avec les objectifs que vous connaissez tous ici. 7 ans après, il est grand temps d'en tirer un bilan et de nouvelles propositions car nous avons pris semble-t-il un certain retard. Je vous remercie par avance de votre indulgence car non seulement je suis juge et partie mais de surcroît je n'ai que deux observatoires, Transit et mon vécu personnel, c'est donc une vision limitée pour parler globalement des usagers de drogues. Ces précautions étant prises, je me lance.

En 1993 à l'ouverture, un des objectifs était que des toxicomanes non forcément demandeurs de soin de leur toxicomanie pourraient entrer en contact avec une structure dont la finalité n'était pas basée sur l'abstinence. Ceci étant atteint, qu'observons-nous ? Que l'utilisateur passe la nuit au Sleep-in, l'après-midi à Transit, à l'Intersecteur, au Centre d'Accueil en passant par le bus MDM, l'accueil d'AIDES (ça je l'ai rajouté au dernier moment car j'avais Hervé Richaud dans l'atelier...). S'il me demande un sevrage, j'oriente. S'il me demande un hébergement, j'oriente. S'il me demande un travail, j'oriente. Je passe mes journées à orienter l'utilisateur alors qu'à lui il lui a fallu 2, 3 parfois 6 années pour me débarrasser son sac. Et à ce moment là précis je referme tout. J'oriente sur le Centre d'Accueil par exemple. Il revient. Alors on parle de chronicisation. On se plante.

Il devient chronique aussi parce que notre système de soin n'est plus cohérent.

Tu dors dehors, va au Sleep'in, t'es un peu « psy », va à l'intersecteur, tu veux de la métha va à MDM. On l'étiquette, le morcèle. On ne le respecte pas. On n'a pas le temps. Il y'en a 30 dans la salle. On est toujours en sous effectif. Le quantitatif c'est du quotidien, la qualitatif de l'occasionnel. Alors on se protège. On dit : ils répètent. NON ! En tout cas pas que. Nous avons notre part de responsabilité en la matière.

En 1993, un des postulats était que l'utilisateur gère son usage de drogues. Nombreux sont ceux qui l'ont prouvé. Mais une fois cet usage géré, cette effective responsabilisation, vient l'heure du désir de nouvelles responsabilités.

J'ai fait une mini-étude sur les 12 dernières personnes reçues à Transit. Sur ces 12, 9 sont SDF. Ce chiffre – affolant – me renvoie les questions suivantes : est-il possible de dormir dehors et de ne pas prendre de risque ? A l'inverse, avoir un toit ne suffit pas toujours à ne plus être dans une conduite à risque. Mais ça les diminue de beaucoup. Nous ne pouvons plus continuer à voir la réduction des risques uniquement d'un point de vue sanitaire, nous devons axer notre travail également sur la réduction des risques sociaux en arrêtant d'orienter car la transmission d'un message, quel qu'il en soit, est entendu dans le cadre d'une relation transférentielle. La réduction des risques tient sa place ici. Mais cette relation est possible car le cadre de l'accueil collectif l'a permise.

Je propose donc de couper la poire en 2 et perçois, pour que le qualitatif prenne le pas sur le quantitatif, l'issue suivante. Pour que la réduction des risques soit efficiente, les « boutiques » ne pourront faire l'impasse de diminuer leur temps d'accueil collectif au profit d'un espace individuel favorisant l'écoute, la disponibilité et l'accompagnement. Et pour une meilleure cohérence l'idéal serait la création d'une plateforme comprenant un professionnel de chaque structure.

Mais là je nage en plein délire va-t-on me rétorquer. Alors je poursuis.

Je parlais de la notion de risque plus haut. Quels sont-ils ? De quelle nature ? Il y en a plusieurs. Il y a ceux que prend le cachetonneur de RUP, d'ecstasy, de trip, public que nous voyons apparaître dans nos structures et vis-à-vis duquel nous sommes loin d'être opérationnels. Il y a ceux que prend celui qui associe la métha et autres substances (alcool, etc.). Il y a ceux que prend le cocaïnoman et/ou le subutexman injecteur. D'où viennent leurs problèmes d'injection, abcès, et autres ?

Du fait qu'ils soient dans la rue, pressés pour se shooter ? Du produit ? De leur absence de capital veineux ? D'autres hypothèses encore ? Et bien je dirais des 3 mais essentiellement des 2 dernières : le produit et l'absence de capital veineux. Partant de ce constat (qui n'est peut-être que le mien), je me demande en quoi une salle d'injection viendrait répondre à ces facteurs de risques précis. Il me semble plus opportun de réfléchir à la mise en place d'un produit plus décent. Je pense évidemment à l'héroïne ou à la morphine mais là je laisse la place aux spécialistes des produits, qui ne sont autres que les usagers eux-mêmes. J'en profite pour glisser que les boutiques, me semble-t-il ont tout intérêt à s'ouvrir à la participation des usagers dans leur équipe. Il serait dommage de s'abstenir de leurs savoirs.

C'est vrai qu'une fois le produit délivré se repose ici la question des conditions de délivrance de ce produit (question qui ne se pose pas si on tend vers le patch mais ça je l'ai gardé pour nous...). Il est possible que la salle d'injection ait ici sa place. Difficile à mettre en œuvre sans un travail en amont de refonte de la loi du 31.12.70, néanmoins nombreux sont les cas d'école où la pratique a devancé la loi. Faut-il alors se lancer ?

Dernier point et je m'en arrêterai là. Toujours en me référant à ces 12 dernières personnes, 10 consomment du Subutex, 7 y associent d'autres substances : Rup, XTC, LSD, alcool. 9 disent ne pas s'injecter. Nous assistons là à une augmentation très importante d'usagers consommant des produits par voie orale. Et de jeunes usagers. Ne doit-on pas se tourner vers un autre type de prévention, vers d'autres réductions d'autres risques que nous méconnaissons à l'heure actuelle ? Comment et faut-il accueillir tous ces usagers de la même manière ? J'attends là vos expériences, vos points de vue. J'aurais également voulu parler des consommateurs abusifs de cannabis, du préservatif, des cocainomanes, que faire avec eux ? Faut-il toujours faire ? mais je m'en arrête là et vous remercie de votre écoute, espérant beaucoup de cette journée d'échange.

6 ans après je ne me sens pas encore usée (cf. atelier n°3) mais pourrais l'être rapidement si les boutiques ne prennent pas les virages indispensables.

Il faudra alors envisager leur fermeture.

...

### **Participant**

...En ce qui concerne la « boutique » Axess, nous essayons de rendre visible, parce qu'on a affaire à la précarité, l'intervention de personnes compétentes, assistantes sociales, éducateurs, etc. en individualisant, afin de régulariser de plus en plus les prises en charge sociales. On se rend compte, qu'on ouvre des nouvelles voies sur la « boutique » traditionnelle et qu'on se rapproche de plus en plus de centres déjà existant, qui sont des centres de soins, mais aussi, bien entendu, des lieux généralistes, de droit commun. Et là on est en plein, dans des histoires sinon de rapprochement, de convention, de travail en commun. Tout ça pour dire qu'il y a quelque chose qui ne peut plus maintenant se couper en deux. Je crois que la réduction des risques sanitaires et sociaux, ça a fait un tout.

### **Philippe DOUGUET - Association Réduire les Risques - Montpellier**

Philippe Douguet, association Réduire les Risques à Montpellier qui gère une « boutique » depuis 4 ans.

« Faut-il aller plus loin pour réduire les risques », avec les « boutiques ». Ça pose en fait la question de la réduction des risques, tout simplement, comme politique de santé, en France, qui a du mal à trouver sa place. Si on se pose la question en ces termes : est-ce que ça ne correspond pas uniquement aux « boutiques » de dire faut-il aller plus loin avec la réduction des risques ? Ça pourrait être avec les P.E.S., avec la substitution. Est-ce qu'on va plus loin dans une nouvelle politique des drogues qui s'appelle la réduction des risques, les risques sanitaires et sociaux et les dommages bien sûr, ça me semble une évidence. A partir de cette question là, il faut regarder aussi ce qui se passe à l'étranger, parce que c'est là qu'est née la réduction des risques, c'est un concept anglais au départ, c'est **harm reduction**.

On a vu beaucoup de pays développer des outils qui sont très récents en France, l'Angleterre bien sûr mais également la Hollande, la Suisse, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, etc.. Ça me semble important de faire un état des lieux de ce qui se passe dans les autres pays européens. On s'avance de plus en plus vers certaines harmonisations législatives dans un cadre européen, qu'il s'agisse de drogues ou d'autre chose. Là aussi, il y aura tôt ou tard certaines harmonisations. Quand on peut acheter pratiquement librement tel ou tel produit dans un pays et pas dans un autre, là aussi il va falloir certainement harmoniser un certain nombre de choses. Après on va parler effectivement plus précisément de salle d'injection, de traitement injectable, c'est une manière d'aller plus loin. Il faut d'abord se dire : Est-ce qu'on veut aller plus loin dans une nouvelle politique des drogues ? A partir du moment où on parle de réduire les risques liés à l'usage de drogue, c'est une remise en cause complète du système de soins en toxicomanie, de la prise en charge, telle qu'elle existe aujourd'hui. C'est quelque chose aussi qui repose sur du bon sens, je me souviens d'un responsable de la M.I.L.D.T. qui me disait « moi, j'ai été tout de suite séduit pas la réduction des risques, parce que c'était pragmatique ». Ça semble effectivement un concept de bon sens de se dire tout simplement par rapport à des problèmes sociaux, à des problèmes sanitaires avec des choses graves comme le Sida, l'hépatite, etc., une mortalité qui était explosive chez les usagers de drogues, de se dire, « on va réduire les risques ». Ça semble à priori un concept de bon sens. Donc, faut-il aller plus loin dans la « réduction des risques », ça me semble évident et aussi utiliser les outils qui sont validés dans les autres pays. On va réinventer la roue tous les jours et ça suppose, là j'étais d'accord avec la première intervenante de Transit, forcément de changer le cadre législatif, parce qu'on se retrouvera tout le temps le « cul » entre deux chaises à contourner le cadre législatif actuel.

### **Martine LACOSTE – Association Clémence Isaure - Toulouse**

Ce que vous semblez dire c'est que ce qui est fait à l'étranger pourrait être validé sauf que nous en tant qu'intervenant, on ne pourrait le faire en France que s'il y avait une modification du cadre législatif. C'est ça que vous dites ? Quand vous dites le faire, c'est quoi ?

**Philippe DOUGUET**

Les outils qui ont été proposés par la première intervenante, moi, j'y souscris. S'il y a effectivement des traitements injectables, après il peut y avoir des salles d'injection et là ça prend du sens. D'intégrer davantage des usagers en tant qu'experts en produit, ça me semble là aussi du bon sens ainsi que favoriser la professionnalisation de ces personnes. On retrouve cela dans une circulaire de février 1998 de la D.G.S., sur la professionnalisation des usagers dans les instances de prévention et c'est vrai que jusque là, concrètement on a rien vu venir. Voilà des outils qui me semblent d'ores et déjà à valider.

**Martine LACOSTE**

La position que vous proposez à la salle c'est : « moi je suis favorable à l'idée de salles d'injection si effectivement c'est corrélé avec la substitution injectable, sinon pour moi ça n'a pas de sens et en même temps, ça ne peut pas rentrer dans un paradoxe, à savoir le fait qu'il n'y aurait pas de modifications de la loi et ce serait les pratiques qui se modifieraient seules. » C'est ça la position que vous proposez à la discussion à la salle ? Qu'est-ce que vous pensez de ce qu'il dit, qu'effectivement, il est quand même au cœur me semble-t-il du point qui était en position de discussion ? Est-ce que quelqu'un veut répondre à Philippe Douguet ou autre chose ?

**Sylvette DUPUY - CEID - Bordeaux**

Je travaille à la « boutique » du C.E.I.D. de Bordeaux et nous sommes déjà allés un peu plus loin puisque nous avons un espace pour un accueil individuel et je suis assistante sociale dans cette « boutique » et je vais également faire des permanences sur le Bus Echange de Seringues. A l'occasion, je peut faire part de mon expérience d'assistante sociale, on en discutera plus loin.

**Martine LACOSTE**

On va reprendre. Est-ce que dans le cadre des « boutiques » on peut effectivement proposer d'autres pistes, d'autres possibilités d'entrée en relation, c'est surtout une possibilité, une intentionnalité et en même temps une prévention de proximité. Est-ce qu'effectivement il vous semble aujourd'hui, au regard de ce que vous voyez dans les « boutiques », important d'avoir à mettre d'autres outils en place ?

**Eric KERIMEL - Association Autres Regards - Marseille**

Pour reprendre ce thème là, mon voisin l'a dit et Chantal l'avait dit, j'ai souscrit en partie au fait que la participation des usagers doit être une des choses qui viendrait renforcer l'esprit « boutique ». Je voudrais simplement dire qu'il me semble qu'il y a un pas, je ne sais s'il faut le franchir ou pas d'ailleurs, entre la participation, l'esprit communautaire et la professionnalisation. Il me semble que c'est aller vite en besogne. J'ai travaillé longtemps dans une « boutique », je suis maintenant directeur d'un centre de santé communautaire à Marseille avec des personnes prostituées où notre travail nous amène, puisque c'est l'esprit même de l'association à travailler avec des personnes prostituées puisqu'elle font partie du Conseil d'Administration, c'est nos employeurs en fait. Je suis employé par des personnes prostituées.

Pour moi, il n'y a pas de liens directs entre le fait qu'on embauche des gens pour faire un travail et le fait qu'il y a un esprit communautaire, une participation aux stratégies employées par un service du point de vue de la réduction des risques. Je me dis que ce qui pourrait être intéressant dans les « boutiques », c'est pas forcément de dire : « on va employer quelqu'un », et il n'y a pas plus de légitimité à employer un usager de drogue qu'un éducateur, ça dépend de leur qualité intrinsèque. Par contre il me semble qu'il n'est pas pensable que pendant longtemps on ait conduit des stratégies sans demander l'avis, sans faire participer entièrement aux choix institutionnels des populations qu'on rencontre, usagers de drogues ou autres.

L'autre chose que je voulais dire, c'est qu'il me semble que dans les « boutiques », finalement, je me dis que ce qui ne va pas, c'est qu'on trouve des usagers de drogues en face de travailleurs sociaux ou d'intervenants en toxicomanie. Je me dis que, quand même, c'est artificiel par rapport aux mouvements du monde.

Ce qui fait qu'on a un rapport au monde, c'est qu'on a pas qu'une personne en face de soi, c'est qu'on a pas qu'un seul repère identificatoire, et je me dis qu'un autre objectif c'est de faire en sorte qu'à l'intérieur des « boutiques » les gens puissent rencontrer une diversité, et que l'esprit de la santé communautaire c'est aussi ça, c'est aussi de dire finalement : « on est dans un mouvement du monde et puis pourquoi pas une assistante sociale, pourquoi pas un éducateur mais enfin pourquoi pas un plombier zingueur, pourquoi pas le voisin de l'immeuble où on était installé, pourquoi pas le patron du bar à côté, pourquoi pas finalement le monde ».

Parce qu'il me semble que ce dont souffrent, peut-être que je me trompe, mais j'ai toujours eu l'impression que ce dont souffrent les usagers de drogues, et je dis bien que ce n'est pas spécifique aux usagers de drogues, c'est de l'isolement, c'est d'un mal à vivre le monde et si on veut les amener sur le Frioul avec des techniciens, y compris avec des anciens usagers de drogues, on fera rien. On est dans le monde, il faut qu'on y reste, il faut qu'on construise le monde... C'est peut être utopiste, il y a quelqu'un qui disait que l'utopie c'est simplement ce qui n'a pas été encore essayé.

#### **Jean CECCONELLO – AIDES – Grenoble**

A AIDES Grenoble, on a un programme d'échange de seringues et on travaille actuellement à la création d'une « boutique » qu'on a pour l'heure appelée « Boutique sans murs » dans le sens où on la travaille avec cinq autres associations qui répondent déjà chacune elles-mêmes à une partie de ce qu'une « boutique » peut apporter. On n'allait pas créer un nouveaux lieux sur la place grenobloise alors que 70 à 80 % de ce qu'une « boutique » peut apporter existe déjà. Pour ce qui est de la participation des usagers à ce qu'on met en place, pour nous, c'est une évidence, une offre de seringues, c'est la base, c'est le B A BA. L'objectif c'est bien : jusqu'où on va en terme de citoyenneté , jusqu'où on peut permettre l'accès à la reconnaissance et à la pratique d'une citoyenneté des usagers de drogues ? Après, quelles sont nos capacités à institutionnaliser dans nos associations ? Dans nos structures cette relation là c'est tout le dilemme et aujourd'hui on a pas la réponse. Le travail avec des assistantes sociales, des éducateurs et autres oui, mais la substitution, le droit commun.

En tout cas une association comme AIDES, n'est pas là pour se substituer à ce que le droit commun est en devoir de répondre. Aller jusqu'à une salle d'injection, là encore c'est trop frais, on a pas un ensemble de mesures suffisantes pour nous positionner. Associer les usagers, c'est mettre en place un certain nombre de petites actions qu'on a pu tenter, du type « boule de neige », ou la participation active à un certain nombre de choses comme les pochettes/pharmacie, etc. Et là il y a une implication effective des personnes en lien avec une association qui a une certaine reconnaissance sur la place publique.

#### **Martine LACOSTE**

J'ai cru comprendre que la question est effectivement, me semble-t-il sur la position que vous proposez de prendre dans la cité, à la fois en lien avec le droit commun avec une position de principe. L'humanitaire, pour faire court, ne doit pas se substituer au droit commun mais plutôt l'aider à accomplir ses missions. Est-ce que c'est ça ?

#### **Réponse**

Oui

#### **Martine LACOSTE**

Par ailleurs, le premier terme de votre propos était autour du fait que votre positionnement, il est à ce double lien, à la fois dans le soutien aux usagers.

Est-ce qu'on ne rebondit pas par rapport à ce que vient de dire Eric Kérimel où j'entends comme ça en gros : « Penser la réduction des risques ou les « boutiques » de demain d'accord, mais on devrait d'abord penser la relation avec les usagers dont il est question, d'abord repenser la relation avec eux ». C'est penser le monde selon Garp, le monde avec un autre regard qui est du côté d'une citoyenneté, pas d'une politique de santé publique qui s'applique mais d'une construction de santé publique avec eux. C'est ça que tu proposes ?

C'est un peu ce que vous dites dans le lien avec les usagers et dans l'absence de substitution dans le droit commun. On doit les accompagner pour accomplir les missions de droit commun. Est-ce que vous pensez, quand même, que dans les missions de droit commun, la question de la réduction des risques est à ce jour gérable, assumable, intégrable ?

#### **Participant**

... On a à favoriser cette transversalité, cette appropriation par le droit commun de la réduction des risques. Je vais prendre un exemple complètement différent. Se sont mis en place depuis quelques années, des accueils uniques pour les demandeurs d'emploi, à force de les entendre rouspéter, et avec juste raison à mon sens, d'être renvoyés de l'A.N.P.E. vers les A.S.S.E.D.I.C., des A.S.S.E.D.I.C. vers une autre structure, etc., il y a eu dans un certain nombre de communes ou de départements, un accueil unique, je dirais même qu'il s'est institutionnalisé cet accueil unique.

Dans d'autres lieux ou dans une autre vie professionnelle, j'ai pu initier des formations des personnels d'accueil, de manière à éviter que lorsqu'une personne habitant dans un quartier dit en difficulté ( émanant de la commission nationale des DSQ ou U , actuellement politique de la ville ), allait à tel endroit et qu'elle se faisait renvoyer en disant « non, c'est pas nous, il faut aller voir l'A.N.P.E., il faut aller voir l'O.P HLM » etc., la personne faisait le tour d'une dizaine d'administrations sans avoir réponse.

Un des éléments qu'on avait trouvé avait été de rassembler, de former les personnels d'accueil, de manière à ce qu'il y ait une réponse allant dans un sens commun qui puisse être apportée et qu'un travail en réseau, et en réseau effectif avec une validation des directions de chaque administration puisse se faire et raccourcir le temps de traitement de la demande de l'utilisateur du service public.

#### **Hervé RICHAUD - AIDES Provence - Marseille**

Je suis de l'association Aides Provence.

Concernant la question, je ne parle pas particulièrement des « boutiques », puisqu'à AIDES Provence on a pas cette expérience de gestion de « boutique », on a l'expérience de plusieurs Programmes d'Echange de Seringues. C'est clair que, ça a déjà été dit, on a réussi à impulser des changements de comportement, des modifications de comportement allant vers des pratiques plus sûres liées à l'usage de drogue, ça c'est un fait. Les chiffres concernant le sida le montrent et c'est tant mieux. Maintenant, est-ce qu'il faut aller plus loin ? Moi je pense qu'effectivement, ne serait-ce que sur un plan sanitaire, il peut-être intéressant d'aller plus loin. Chantal le posait à propos de la question des abcès, des produits, de la dangerosité de certains produits. Effectivement, on réfléchit un petit peu à l'heure actuelle et c'est dans l'air du temps, sur la question de l'analyse des produits, de la possibilité de faire du contrôle rapide des produits. Ça se fait déjà dans le cadre des « raves », dans les cadres festifs. On est tout à fait prêts à envisager que cela puisse devenir possible également pour toutes les drogues de rue et je pense là notamment à l'héroïne et à la cocaïne. Il est peut-être intéressant de s'interroger sur cette question et de voir si ce n'est pas une direction à prendre et si en terme de réduction des risques ça présente un certain nombre d'avantages. Quand on sait par définition que pour les produits qui sont achetés dans la rue, il n'y a pas contrôle de qualité, on ne sait pas sur quoi on tombe, on serait plutôt favorable à avancer sur cette question là.

Par rapport à ce que disait Eric tout à l'heure sur l'idée d'inscription des usagers de drogues, mais également plus généralement des personnes qui sont vulnérables sur la plan de la santé dans la cité, ça me paraît être une question intéressante.

Ce que j'ai envie de poser moi c'est : d'accord, on essaie de travailler avec des personnes à la modification d'un certain nombre de comportements pour aller vers des pratiques plus sûres et préserver leur état de santé. Je pense aussi, qu'il est utile de travailler au changement du regard qui est porté sur les personnes avec lesquelles on travaille. Ce changement de regard rejoint selon moi la question, qui concerne la population mais aussi l'Etat et la manière dont est gérée la question de la toxicomanie et de l'usage de drogues par les pouvoirs publics et par les gouvernements successifs, de la loi de 1970 qui fragilise de par sa dominante répressive, les personnes. OK, on travaille pour que les personnes puissent changer ou du moins changer quelque chose, du côté de leur comportement pour aller mieux mais je pense qu'il y a également une exigence à changer un certain nombre de choses, notamment en terme de gestion de la politique de la question de l'usage de drogues en France.

#### **Martine LACOSTE**

Il me semble, pour reprendre un peu ton propos, que tu fais un peu la même proposition que Philippe tout à l'heure, à savoir, que le paradoxe installé par la loi 1970 est gênant, en tout cas au niveau de la place des usagers en France et de la place du travail. Le fait que le politique aurait effectivement du travail sur ce type de question.

Par ailleurs, il me semble qu'en terme de problématique, tu dis : « N'est-il pas nécessaire d'aller plus loin ? ». Il me semble que dans ta question il est sous entendu et tu dis même deux propositions. L'une qui pourrait être effectivement celle des salles d'injection. Tu pourrais peut-être aller un tout petit peu plus loin, au-delà du risque sanitaire.

Il ne m'appartient pas de répondre, mais je me dis qu'un mec qui fait 10 shoots de cocaïne par jour, c'est pas parce qu'il va s'en injecter deux dans la salle d'injection de la rue machin chouette, de la ville machin que ça va changer forcément grand chose de plus.

La deuxième chose que tu problématises, c'est que la loi n'aille pas vers une plus grande possibilité de contrôle au niveau des produits afin que les usagers puissent avoir une certaine « prise » autant que faire ce peut, pardon du jeu de mot, il n'est pas terrible, par rapport au produit qu'ils consomment. En gros tu soumets à la salle une proposition qui est la question du testing, le testing de tous les produits. Comme tu as aussi parlé du travail avec les usagers : est-ce que tu pourrais préciser par rapport au testing si tu imagines des lieux où les gens iraient faire tester des produits par exemple ou bien des auto-testeurs, de la

même manière qu'il y a des bâtonnets par rapport à l'albumine, au diabète, etc. Est-ce que des gens partagent cette opinion ?

### **Serge ROCHE - Réduire les Risques - Montpellier**

Je suis administrateur de Réduire les Risques à Montpellier et assistant social par ailleurs, salarié d'une association de protection de l'enfance. Je suis administrateur depuis pas très longtemps et je découvre en réalité, un monde, par une autre entrée. Je vais réagir sur la capacité à institutionnaliser, sur cette intention de communication, cette intention de lien. C'est vrai qu'au départ c'était comme si finalement les « boutiques » se positionnaient comme un lieu, nulle part ailleurs, par rapport au droit commun, précisément, qui ne prend pas en compte les choses mais qui ne peut pas prendre en compte. C'est pas : « on sort de la volonté ou de la mauvaise volonté de » mais « de la capacité à ». Quand on dit la capacité, c'est-à-dire du bon usage ou du mauvais usage, des moyens, des financements publics dans telle action ou dans telle action. Il y a toujours des choix et je crois que ce que moi je découvre un petit peu dans ce champ là, c'est précisément la demi-mesure.

Pour parler de : « la réduction des risques : est-ce qu'il faut aller plus loin ? » Probablement. Parce que si on veut être cohérent jusqu'au bout du concept de la réduction des risques, aujourd'hui on est dans la demi-mesure. On est dans le demi-service, c'est un champ où tout est mesuré, compté, distribué avec précaution, avec prudence, avec incertitude, etc. C'est vrai que ça laisse comme ça sur le bord de la route à la fois à mon avis des professionnels en voie d'usure, c'est évident, on est dans la demi-mesure, on est toujours dans la demi-insatisfaction, qui tend éventuellement à l'insatisfaction totale. Ce doit être le sentiment partagé de beaucoup de gens aujourd'hui, en tout cas pour ce que j'entends sur Montpellier, etc..

« Est-ce qu'il faut institutionnaliser », sur cette question là, oui probablement. Je vais dire pourquoi oui et pourquoi non. Oui parce que dans l'action des « boutiques » aujourd'hui, sont engagés professionnellement, à la fois des gens avec des statuts plus sûrs, plus sécurisants soit par rapport à l'adversité, ça peut être toujours plus confortable de pouvoir au moins s'asseoir ou de pouvoir se repérer autour d'un statut d'assistant social ou d'éducateur etc. quitte à être en face de l'adversité autant se sécuriser.

C'est bien différent concernant la sécurisation possible et la vulnérabilisation qui est en train de s'opérer autour de tous les contrats aidés. Pour ces contrats aidés, c'est à la fois oui et non. Oui parce que si ça rencontre un parcours individuel, ça peut faciliter un parcours de sortie de la drogue etc. On revient un peu à la place des usagers.

### **Martine LACOSTE**

Ça, c'est le troisième thème. Est-ce que vous parliez des professionnels engagés dans les « boutiques » ?... la question des emplois aidés etc.

### **Serge ROCHE**

Oui parce qu'à mon avis, on parlait de la place des usagers. La place des usagers est incidente sur la place des professionnels et vice versa. C'est peut-être un débat de tout à l'heure ?

### **Martine LACOSTE**

On va le garder en mémoire. Vous avez parlé de trois choses, à savoir d'un demi-service.... (*inaudible*).

### **Serge ROCHE**

Si on est dans le thème de la réduction des risques, il faut apporter la cohérence jusqu'au bout des choses, mieux contrôler... On ne peut pas s'arrêter dans un espace circonscrit comme ça...( *inaudible* ).

### **Participante**

J'aimerais revenir brièvement sur cette possibilité de tester.

**Françoise ZOROME-SIRIOUD - Pause Diabolo - Lyon**

Je voudrais reprendre ça et dire que je suis tout à fait d'accord. Je travaille à Pause Diabolo à Lyon, je suis médecin et je suis aussi dans le bus « échange de seringues » de Médecins du Monde, je suis aussi allée dans les « rave-parties ». On a pu tester, par le test « du marquis ». Je serais favorable pour tester effectivement les produits que les gens utilisent. Ça pourrait être aussi l'une des missions des « boutiques », parce que c'est vrai que les gens injectent n'importe quoi.

La substitution injectable, j'y suis aussi favorable puisqu'on sait que le Subutex® est injecté. En tout cas les gens qu'on reçoit injectent beaucoup. Finalement, la drogue existe, les gens, on essaie de les soigner. Je suis médecin, et je pense qu'avant de pouvoir se séparer du produit et de la « pompe », il faut beaucoup de temps, et plutôt que de leur laisser s'injecter de la « merde », je pense qu'on devrait pouvoir, justement, dans les « boutiques » les aider aussi comme ça, ça fait partie de la réduction des risques. Ça ne veut pas dire qu'on ne veut pas les accompagner aux soins et jusqu'au bout. Je suis aussi dans un centre de soins, d'aide aux adolescents et je fais bien la part de ce que je fais en « bas seuil » et de ce que je fais dans un centre de soins. J'ai bien conscience de tout ça. Néanmoins dans les « boutiques », ça pourrait être intéressant de tester les produits injectés et ça pourrait être intéressant d'avoir cette tolérance, puisque les gens s'injectent, d'accepter de faire une substitution injectable plutôt que de faire des produits comme le Subutex® qui leur démolissent les veines. Je suis bien d'accord pour dire qu'en tant que professionnels, c'est ça qui nous use, parce que, c'est ni oui, ni non, un peu, jusqu'où ?

On est toujours assis entre deux chaises et c'est ça qui use. Ça tombait tellement pile-poil ce qui était dit que j'avais envie d'appuyer ça de mon point de vue de médecin.

**Martine LACOSTE**

On va avancer là-dessus, il me semble que la question qui est posée là, ça pourrait être les limites qui ont été posées au cadre, aux intentions et au travail qui est fait dans la réduction des risques. Les limites qui ont été posées n'ont pas de sens. Vous interrogez le sens des limites des lieux et de l'intention même.

**Jocelyne ARDITTI - Centre Anti Poison - Marseille**

Bonjour, je suis responsable du laboratoire de toxicologie au C.H.R. de Marseille et essaye d'aider, du mieux possible, l'A.M.P.T., Médecins du Monde et tout le reste dans l'identification des produits.

C'était pour répondre à mon voisin le plus proche. Oui bien sûr il existe le testing, vous en connaissez les limites, mais quand vous voyez combien il est difficile pour nous avec des moyens très sophistiqués, nous biologistes, dont c'est le métier d'essayer de trouver chaque fois à 100% ce que c'est. Je ne pense pas que demain, même si on se met tous ensemble à travailler, vous aurez dans les « boutiques » et peut-être dans les autres centres, des moyens rapides d'identification. C'est très difficile parce que la gamme s'élargit tous les jours. Je pense que vous étiez, au fond, satisfaits, et nous aussi, de votre héroïne. On savait tout faire, et puis maintenant on arrive à des choses extraordinaires et moi je suis étonnée tous les jours et je n'arrive même pas à m'user tellement je suis étonnée. C'est pour vous dire qu'on peut travailler avec vous mais que ça sera difficile de mettre en place des moyens rapides. On arrive à faire mieux, plus petit, mais avec des moyens hyper sophistiqués qu'on ne peut pas mettre dans des lieux autres que certains laboratoires. Il faut faire des progrès. On est trop peu en France à avoir ce savoir faire. Quand vous pensez que pour l'étude de synthèse il n'y a que deux laboratoires français qui ont répondu OK. Paris : Fernand Vidal et nous, pour essayer de voir ce qui se passe dans les « rave-parties ».

Il n'y a pas que ça qu'on nous demande. Il y a le projet marseillais, il y a des tas de projets. Il faut faire des progrès en « analytique », il faut que des gens s'y mettent. C'est vrai que ça coûte très cher. Le C.H.R. n'est pas très content. Bref, il y a un tas de problèmes mais de là à essayer des méthodes rapides sur les lieux, on va vite être freinés parce que le panel est beaucoup trop grand maintenant, les produits utilisés sont énormes.

**Françoise ZOROME-SIRIOUD**

Je trouve très bien le test « du marquis » et certains débroussaillages. C'est très difficile, vous venez de le dire, néanmoins ça pourrait aller dans ce sens ne serait-ce que pour mettre des noms sur ce que nous apportent les gens. Quand les gens s'injectent des choses, ça donne l'occasion d'en parler et ça pourrait être le rôle des « boutiques » d'aider les gens à apporter leur produit, à ce qu'on en parle.

Ce qu'on fait dans les « rave-parties » par exemple, dans le cadre des soirées techno, c'est hyper difficile parce qu'on en a plein les oreilles...Faire dans les « boutiques » ce qu'on fait sur les fêtes techno, c'est-à-dire tisser un lien par le biais du produit sur lequel les gens viennent questionner.

**Participant**

C'est un outil supplémentaire de la réduction des risques.

**Martine LACOSTE**

Pourquoi pas faire déjà ce qui est fait dans les « rave-parties », se servir des outils qui existent déjà. Est-ce que vous verriez les personnes en charge de ce travail en lien, par exemple, avec un laboratoire ?

**Françoise ZOROME-SIRIOUD**

Ce qui a été fait dans les soirées festives...

**Martine LACOSTE**

On a démarré de la réduction des risques certes, mais on pourrait aller vers plus de prise en charge et là on va au plus près des pratiques, c'est là quand même la mission essentielle. Vous voyez une autre population que celle des raves je suppose. Pourquoi n'adaptions pas un système qui existe avec un lien avec ces fameux laboratoires qui savent faire. Est-ce que quelqu'un peut sur ces questions apporter... ?

**Participant**

Sur ce qui vient d'être dit à l'instant, OK, pour un outil de plus sur la réduction des risques. Mais je ne peux pas m'empêcher de me poser une question depuis tout à l'heure, de me dire : « OK, cette histoire de « testing », je sais l'efficacité que ça peut avoir dans les « raves ».

Déjà la comparaison par rapport aux « boutiques », j'y adhère pas trop, en tout cas moyennement sur cette comparaison là mais néanmoins, la question qui me vient immédiatement c'est : « pourquoi faire ? Et comment ? Que faire ? ». Une fois qu'on va avoir analysé ces produits, je ne parle pas du tout du « terrain », je parle d'un espace à part, complètement différent, c'est les « boutiques ». Une fois qu'on a analysé ces produits, une fois qu'on a testé, qu'est-ce qu'on renvoie à l'utilisateur ? Qu'est-ce qu'on lui dit de cette histoire là ? Qu'est-ce qu'on fait de ça ? Je me dis dans quoi on s'embarque. Tu parlais de bateau : où il va ce bateau là ? Sur cette histoire de « testing » dans les « boutiques », je trouve que le cap, est un peu bizarre.

**Martine LACOSTE**

Sur cette question là, on est entrain d'interroger le sens, la limite dans les lieux, pour aller plus loin.

**Dominique REINOSA - Mission Sida Toxicomanie - Ville de Marseille**

Une expérience à Marseille, une fois, le test de produit a permis de lancer une alerte sur un produit dangereux. A minima, ça sert à ça.

**Martine LACOSTE**

A la fois ça sert de façon pragmatique, concrète et à la fois, ça permet finalement de créer le lien avec une population un peu nouvelle, différente.

**Dominique REINOSA**

Je travaille pour la Mission Sida Toxicomanie de la Ville de Marseille, je ne suis pas en direct sur ces questions, je suis en décalé, mais j'ai l'expérience de ça. Ça a donné lieu à un avis de la D.D.A.S.S., une publication, une transmission à l'ensemble des services recevant les usagers de drogues.

Je voulais intervenir sur la notion de réduction des risques par rapport à l'ensemble des propos qui étaient tenus... J'attendrais peut être tout à l'heure si on a pas fini sur les produits.

**Martine LACOSTE**

Il est 12h30, ça veut dire qu'il nous reste un quart d'heure.

**Dominique GOOSSENS - Association l'ELF - Aix-en-Provence**

Je suis Directeur de l'association l'E.L.F. à Aix-en-Provence, programme de réduction des risques et des dommages liés aux toxiques licites et illicites. Je dirais dans le même sens que Monsieur Fréjine, Montpellier...

...

....c'est quand même difficile de dire à l'usager : « Bon vas-y elle est très très bonne, parce qu'il n'a pas attendu 7 jours pour se l'injecter, d'autant plus que, quand on a eu le résultat, entre temps, cette amphétamine a été coupée et il y a quelques usagers qui ont eu des problèmes de santé assez dramatiques, des sortes d'eczéma, des tremblements et tout ça. Je pense qu'il faut être très prudents par rapport à ça. Je ne vois pas trop la place des analyses et du testing dans la « boutique » dans le sens où c'est très difficile à gérer parce qu'on pourrait avoir énormément de monde qui ne viendrait à la « boutique » que pour ça.

Je trouve que les avancées de produits, par rapport à l'analyse et tout ça, pourquoi pas l'achat de produits pour faire analyser, c'est très intéressant mais je pense qu'on va un peu trop vite, parce qu'on « bouffe » énormément de « fric » dans des nouveaux « trucs », alors dans des zones comme Miramas, Arles et tout ça, il manque énormément de moyens et je pense qu'il faudrait d'abord penser aux gens qui n'ont pas cette possibilité d'information avant de dépenser énormément d'argent dans d'autres choses qui peuvent encore, selon moi, attendre.

**Participant**

Je suis surpris de cette dernière phrase. L'argent, c'est pas nous qui l'avons, on est des opérateurs, on est pas des D.D.A.S.S. ou des D.G.S.. On peut aussi tout à fait se dire aujourd'hui le coût moyen d'une « boutique » définie par la D.G.S. c'est 1,3 millions. On peut dire c'est pas assez. On peut dire aussi, on a pas assez de « boutiques » et les « boutiques » de demain ça sera d'abord plus de « boutiques ».

Bruno TANCHE nous disait 8 « boutiques » pour 100 C.S.S.T. sur la région Grand Sud.

Peut-être ça sera l'inverse demain, peut-être, c'est ça la réalité de l'avenir. Ce sera aussi, plus de moyens par « boutique », parce qu'effectivement, le coût moyen défini aujourd'hui est à mon avis insuffisant et comme la première intervenante de Transit l'a expliqué, on ne fait pas assez de qualitatif, on est en sous effectif, on gère des files actives trop importantes, etc.. Donc plus de « boutiques » avec plus de moyens par « boutique ». Pour moi les « boutiques » de demain, c'est d'abord ça. C'est pas à nous de dire : « Il y a des choses qui coûtent cher, il faut faire d'abord ça etc... » C'est l'Etat qui doit définir les moyens globaux pour une nouvelle politique de santé, développer dans tel axe ou autre. Si le testing est utile et c'est vrai, ça permet parfois de donner une alerte sanitaire sur une région donnée par rapport à telle amphétamine et bien utilisons-le.

La réduction des risques dans ce contexte là, c'est tous les outils qui permettent de réduire les risques, il faut les utiliser. Par rapport au testing, on a parlé de tester les produits, tout de suite et on a pensé « raves », amphétamines, ecstasy, etc., mais il y a d'abord l'héroïne, la cocaïne etc.

Je pense à Montpellier où, il y a 7 ans, il y a eu en quinze jours 10 morts dues à une héroïne injectée qui était à 90 % de la caféine. Il a fallu des mois pour apprendre qu'effectivement il s'agissait de 90 % de caféine qui, en se refroidissant dans les veines, provoquait des embolies parce qu'elle se cristallisait. A cette époque j'ai parlé avec le médecin inspecteur de la D.D.A.S.S. précisément de pouvoir contrôler régulièrement les produits en circulation etc.. Il m'a dit : « Mais l'Etat ne va pas mettre des labels de qualité sur des produits interdits ». On retombe sur une tartuferie.

**Participant**

On donne des garrots, on donne, on donne, on soigne, on soigne, le produit qui est injecté a quand même son importance dans la réduction des risques.

**Martine LACOSTE**

C'était important de le rappeler. Trois interventions et je crois que Bruno a insisté pour que nous soyons à l'heure. On va faire comme il a demandé. Il y a trois prises de parole et on essaye de conclure.

**Participant**

C'était simplement pour rappeler que le testing, dans l'état actuel, n'est qu'un produit d'appel pour aller vers les usagers. Politiquement je ne pense pas que ça puisse devenir autre chose assez rapidement. Il y a des projets qui voient le jour, notamment le projet « drogue de rue » sur Marseille où on s'interroge en étant participant du projet : est-ce que finalement c'est pour une réponse politique adaptée ?

Est-ce que le jour où on dira que tous les produits sont coupés à 95 % , les produits purs auront le droit de circuler, ou est-ce que l'Etat enverra en substitution à l'héroïne, des héroïnomanes ? C'est un petit peu ça la question. En l'état actuel, le test « du marquis » n'est qu'un produit d'appel pour faire du lien. C'est très difficile de juger d'autres choses à travers ces réactifs. C'est tout ce que je voulais dire.

### **Martine LACOSTE**

Il me semble que la problématique est dans l'ambiguïté entre la science et le lien. Les questions que vous soulevez sur la fiabilité, les effets pervers... Qu'est-ce qu'on fait par rapport à quelqu'un effectivement à qui on vient de dire « écoute ça, (*inaudible*) ... ».

### **Françoise ZOROME-SIRIOUD**

C'est tout l'art de faire passer le message. J'ai pratiqué ça dans les fêtes techno. C'est vrai que ce n'est pas rien que suite (*inaudible*)...

### **Martine LACOSTE**

Ce n'est pas la même chose, quand vous, vous allez dans des fêtes techno, sur leur lieu, et quand en fait sur le lieu où il y a des professionnels, eux viennent pour faire tester un produit. Ça n'est pas le même lieu, ça n'est pas la même place, ça n'a pas la même valeur, le même sens par rapport à un acte qui sur le plan scientifique va être comparable.

### **Dominique REINOSA**

Juste un point pour expliquer notre vision, dans la mission. La ville s'est positionnée comme venant agir en complément, quand elle le peut, sur des projets innovants ou en complément des dispositifs mis en place par l'Etat, puisque les villes n'ont pas compétence sur ces questions. Ce qui explique que nous parvenions le plus souvent des projets innovants ou des projets dont la source, c'est l'estimation de nouveaux besoins. Les « boutiques », les dispositifs « bas seuil » sur Marseille, nous transmettent leurs nouveaux besoins en disant : « c'est un test, on va essayer de voir et on a besoin de votre aide pour ça ». C'est pour expliquer d'où je parle.

Il me semblait qu'il y a des choses qui sont dites et qui sont rapides sur la question de la notion de réduction des risques. Chantal Forterre disait tout à l'heure que la réduction des risques c'est pas simplement et strictement la question de la réduction des risques sanitaires, qu'il y a d'autres risques sociaux etc. Il me semble que les « boutiques » disposent aujourd'hui de résultats en terme d'efficacité, d'un point de vue de la réduction des risques sanitaire, et peut-être pas assez de résultats très précis sur les autres risques qu'elles tentent de réduire, les risques sociaux, etc..

Tout à l'heure, il était question d'orientations. On oriente, on oriente et ça marche pas : est-ce que ça a été vraiment mesuré ? Ça c'était ma première question et est-ce qu'on ne doit pas tendre vers ça ? Pour conduire ensuite à une autre question, nous institution, quand une « boutique » nous dit : « on voudrait rajouter un service d'accès au droit, il nous faut une permanence supplémentaire concernant les étrangers parce qu'à Marseille, ça se pose la question du soin des étrangers, etc. », on est en grande difficulté parce que, par ailleurs, le droit commun offre ce genre de service.

Ça revient à toutes les questions que vous posiez sur les plates-formes de services communs. Il me semble qu'il y a là derrière, la question : est-ce qu'il faut rajouter des services en interne ou faire du réseau ?

Deuxièmement, ça pose la question de fond : quelle différence y a-t-il dans les savoirs faire des « boutiques », ceux des C.S.S.T. et ceux du droit commun ? C'est-à-dire, est-ce que les « boutiques » n'ont pas à travailler sur l'action de leur propre savoir faire ?

Quand Chantal parlait de qualitatif, c'est : prendre une personne « à bras le corps », la prendre dans son intégralité et l'ensemble de ses problématiques et tout faire à l'intérieur de Transit ? Ou, comment on fait ?

Ce sont des questions mais est-ce qu'il n'y a pas la définition du savoir faire spécifique des professionnels des « boutiques » à mettre en évidence pour voir comment ensuite elles vont se positionner par rapport aux autres dispositifs, sachant qu'à mon avis, il y a une place pour chacun à condition qu'elle soit bien éclaircie.

### **Martine LACOSTE**

Il me semble qu'il n'y a pas mieux comme conclusion. On redémarre pile à 14h00 avec la notion qui vient d'être introduite sur le deuxième thème de travail...

## Après-midi

---

...

### Martine LACOSTE

...Dans l'atmosphère du travail de ce matin, on reprend sur : Le travail de réduction des risques peut-il aller plus loin , peut-il faire mieux, peut-on faire autre chose , peut-on faire autrement ? Nous avons interrogé la question du sens, de la limite qui est posée aujourd'hui. En gros, on ne va pas tout refaire, mais trois grands points, **aujourd'hui la réduction des risques autant sociale que sanitaire** même si au départ, elle était d'abord vue et lue du côté sanitaire. Aujourd'hui, les « boutiques » servent à la remontée d'un certain nombre de besoins sur la réduction des risques sociaux et elles valident même la réduction des risques sanitaires.

J'essaie de reprendre un petit peu, ce qui a été dit.

Deux, vous avez dit que « le politique » devrait quand même être plus clair par rapport à ses intentions et vous dites : « C'est quand même compliqué, les actions de réduction des risques sachant que nous sommes encore pris dans le paradoxe de la loi 70. ».

Dans l'état des lieux, il y a une nécessité, un point qu'a soulevé Chantal, et qui a été repris plusieurs fois, à savoir, des orientations bien sûr, mais aussi, sur le lieu, des demandes d'accompagnement un peu plus précises.

Donc les problématiques soulevées, c'est la question **des paradoxes**, la question **des stratégies qui sont pensées la plupart du temps, totalement en dehors des usagers**. Ce qu'Eric a problématisé là, c'est : « **N'aurions-nous pas intérêt à travailler plus à penser la santé publique de façon plus communautaire ?** » C'est un peu le problème qu'il a posé : est-ce qu'on aurait pas en plus effectivement à travailler sur les besoins et les validations avec les usagers ?

Troisième point qui a été soulevé, c'est, **des nouveaux besoins ne sont pas couverts** et là a été posée la question des limites et du sens. Sur ces nouveaux besoins, la question de **la substitution injectable** à partir du constat de l'injection massive de Subutex® et le fait que le Subutex®, en aucun, cas ne contribue à la réduction des risques sanitaires. La paix sociale c'est possible. En tout cas sur le plan des risques sanitaires, en aucun cas. Et sur le plan psychologique que ça ait apporté une évolution vers un mieux être psychologique des gens, je n'ai pas trop entendu ça dans la salle ce matin.

Donc, une problématique qui subsiste avec un paradoxe, le Subutex® n'est pas une substitution injectable, en tout cas pas posée comme telle, sauf qu'il n'existe pas de substitution clairement injectable et pas de substitution clairement non injectable sauf la méthadone, laquelle vous le savez est quand même un autre protocole, en tout cas en médecine de ville.

Deuxième problème, par rapport aux shoot rooms où va t-on ? Quelle est la limite après tout ? Pourquoi pas aller jusqu'au bout ? J'entends qu'on fait des demi-mesures. Quelqu'un a dit : est-ce qu'on aurait pas intérêt à aller jusqu'au bout.

Un troisième point qui a été problématisé : « Peut-on sur ces lieux, se satisfaire des orientations, qui ne sont mêmes pas évaluées d'ailleurs, car on a pas les moyens d'évaluer et que le montage du lieu ne permet pas la disponibilité de temps suffisante pour faire un accompagnement : « On voudrait bien, mais on ne peut pas ».

Il y a eu deux balanciers, une autre tendance étant plus du côté « réduction des risques sanitaires » et travail avec les usagers en direction du moindre risque pris à l'usage du produit. L'autre, grande tendance étant celle d'un plus grand accompagnement des personnes.

On voit se dessiner non pas une tendance, mais plusieurs tendances. On est pas là dans le fait de créer des lieux absolument monolithiques, je crois que ça serait fondamentalement une erreur, mais qu'effectivement, il semble se dessiner des expériences, des pensées qui semblent complémentaires. Les réflexions, les propositions, on en parle pas maintenant, on les refera tout à l'heure avec Patrick.

Quelqu'un a introduit une forme de conclusion et en même temps d'ouverture.

Le deuxième point qui était à l'ordre du jour de notre travail d'aujourd'hui, c'est la notion du savoir faire, du savoir être, du métier, de métier en tant que savoir-faire, de savoir-être et aussi de forme de pensée, cette forme de pensée qui s'appuie sur la notion d'accueil, ce sens de l'accueil retrouvé, au sens plein du terme, c'est-à-dire, là où sont les gens, là où ils en sont. La notion de « seuil adapté d'exigence » qui est un deuxième point fort, sur lesquels s'appuient les « boutiques ».

Le troisième point est le passage très clair de la notion d'interdit à la notion de responsabilisation.

Finalement on pourrait faire un état des lieux de ces savoir-faire, de ces savoir-être et se demander si à partir de ces savoir-faire, nous n'avons pas une forme de responsabilité, de propositions à faire pour que la notion de réduction des risques puisse avancer, parce que ce que notre pratique nous permet de valider, c'est qu'elle est création de liens, accès aux soins, rencontres un peu vraies. Tous ici présents peuvent valider le fait de rencontres autres, de rencontres différentes, sur une façon d'attraper l'autre sur des vérités de lui, une intimité qui jusqu'alors était beaucoup plus difficile à dire, invisible, cachée, etc..

Peut-être que par exemple au regard des adolescents, des jeunes consommateurs de psychostimulants notre savoir-faire pourrait être transmis, capitalisé, évalué, parlé de façon à faire avancer cette idée dans des lieux compliqués, je pense à l'Education Nationale par exemple, ou dans d'autres lieux, en tout cas en amont de la prévention. Il me semble qu'elle est plutôt tertiaire là non ? De fait, de pouvoir faire avancer ce type de pensée, partager avec d'autres, transmettre des savoirs sur d'autres lieux, en direction d'autres professionnels, avec qui nous pourrions mutualiser un certain nombre de choses.

Ce savoir faire est-il à votre avis, capitalisable, mutualisable, transférable ? Vous avez déjà une expérience là-dessus ? Par ailleurs la question du cadre risque à mon sens d'être importante. Il y a déjà beaucoup de questions ce matin qui se sont posées sur le cadre. Est-ce qu'il y a là des expériences qu'il serait intéressant à faire ressortir sur, comment le savoir faire a-t-il permis de travailler avec d'autres équipes, ce que ça a apporté ? Quel type d'expériences vous avez ? On pourrait peut-être se donner ça comme matière à travailler.

### **Pierre BROUSSE - Arc en Ciel - Montpellier**

Je travaille dans un centre de soins à Montpellier.

J'ai entendu ce matin que vous disiez ne pas refaire l'histoire. Cette phrase me fait penser à des gens qui travaillent en « boutiques ». Ils rencontrent des personnes, ils travaillent dans un accompagnement et à un moment ils doivent passer un relais. Ce matin Chantal disait : « On oriente, on oriente. », d'autres disaient aussi : « On oriente mais ça ne marche pas ». Je me pose la question : « Comment les gens qui travaillent dans les « boutiques » voient les centres de soins, à l'intérieur du cadre de la « boutique », peut-être et ce qui est à l'extérieur du cadre de la « boutique ». C'est vrai que souvent on doit être pris comme nous. Le petit mot que j'ai entendu ce matin : « Il faudrait aller jusqu'au bout. », pour, peut-être, d'autres raisons, ça concernait les salles d'injection etc., ça me fait penser aussi, aller jusqu'au bout de l'accompagnement : est-ce que les gens qui travaillent à la « boutique » doivent sortir ?

Je trouve intéressant ce que disait Chantal ou est-ce que d'autres professionnels doivent déjà rentrer, des professionnels d'un centre de soins peut-être, venir faire quelques heures pour que ce lien ne soit pas juste un carnet d'adresses, et que ce soit déjà la rencontre de la personne avec un professionnel d'ailleurs, de l'extérieur. Je pense que quand vous travaillez dans la réduction des risques, pour moi j'entends déjà, aller jusqu'au bout du soin, évidemment. L'idée du soin, à quel moment, elle se situe ? Je trouve intéressant l'idée que d'autres professionnels puissent déjà rentrer dans les « boutiques » et que ce ne soit pas un envoie et on oriente, justement. C'est des êtres humains qui doivent se rencontrer et pas des carnets d'adresses, des agendas. Moi, vu du centre de soins, c'est une évolution que j'aimerais pour notre travail, travailler en relais avec une « boutique », mais avec une présence.

### **Martine LACOSTE**

Il me semble que c'est une question extrêmement directe aux personnels des « boutiques ». En gros comment voyez-vous les centres de soins ? Est-ce que nous, on pourrait venir dedans ? Est-ce que vous, vous pourriez venir chez nous ?

### **Patrick TONNELIER – ARIT - Biarritz**

Une toute petite proposition de réponse par rapport à une expérience. Je suis Patrick Tonnelier, je suis éducateur, je travaille notamment dans la « boutique » sur Bayonne et je suis aussi rattaché au centre de soins qui est situé à Biarritz. La spécificité de la « boutique » qui a été ouverte à Bayonne en 1997, vient du fait, qu'à l'origine on est centre de soins, mais à cette origine là on faisait aussi, principalement, un travail de rue.

C'est vrai que c'est à partir de notre travail de rue qu'on a senti, à un moment donné, d'autres besoins et qu'on a mis en place cette « boutique » qu'on a utilisé avant tout comme un outil. La spécificité aussi, c'est qu'on a fait le choix de n'ouvrir que le matin. C'est ouvert de 8h30 à 12h00. C'est vrai que ce travail jusqu'au ( *inaudible* ), c'est peut-être un peu ça aussi, c'est-à-dire qu'on a permis à des gens de venir nous rencontrer avec une demande ou sans demande.

Ils peuvent venir là, prendre un café, se doucher, uniquement échanger une seringue, mais ça débouche sur autre chose, sur une relation et c'est peut-être à partir de ça qu'effectivement on fait un accompagnement.

C'est vrai que nous aussi on s'interroge, parce qu'on est aussi encore dans la rue, on est aussi encore dans le centre de soins mais on est aussi à la « boutique ». Des fois on est aussi un petit peu en difficulté parce que par matinée, c'est 30, voire 40, 45 personnes, et nous on a été habitué à un travail individuel, notamment dans le travail de rue, notamment dans le centre de soins et là on est confronté à un groupe. C'est vrai que là aussi nos interrogations... (*inaudible*).

C'est vrai qu'il y a une espèce de va et vient, il y a une espèce d'aller-retour, il y a une espèce d'interrogation en fonction des individus, en fonction des moments aussi. C'est vrai que même pour nous dans notre pratique du quotidien, c'est un petit peu compliqué. Ce qui est compliqué c'est cette croisée des chemins, à savoir où prendre les gens, à quel moment, où est-ce que se situe réellement notre travail en fonction de tel ou tel individu. Effectivement il y a des lieux qui sont différents. Sur la « boutique », on va être confrontés au groupe dans un premier temps, mais très rapidement on peut aussi être, en fonction des individus, confrontés à un travail de soin, d'accompagnement.

**Martine LACOSTE**

Est-ce qu'on ne bascule pas dans le premier atelier : « Les « boutiques » étape ou finalité ? ». Il me semble qu'on nous a donné un objectif de travail qui est complémentaire de celui de nos collègues du premier atelier et c'est les « boutiques de demain », la réduction des risques demain. .... (*inaudible.*)

**Pierre BROUSSE**

Je voulais dire simplement, sur ce qu'on voit, qu'est-ce que c'est qui rate, à un moment donné ?

Souvent les « boutiques » travaillent avec nous et ont une demande. Ils orientent vers le centre de soins, très souvent avec une demande un sevrage ou quelque chose comme ça et effectivement, il y a du ratage. Bon ça fait partie du boulot.

Il faut savoir quel objectif depuis une « boutique » ou quelle demande le professionnel et le patient mettent sur le centre de soins. On est presque d'accord pour dire que souvent ça rate.

**Participant**

Non, non, je crois qu'il ne faudrait pas sortir de l'atelier avec l'idée que les orientations ratent. Moi, je ne suis pas sûre de ça comme constat. Je pense que c'est difficile, ça nécessite plein de choses mais je ne suis pas du tout sûre que ça rate.

...

Ça oblige les centres de soins à évoluer. Ce que les usagers demandaient hier dans les centres de soins, ils le demandent aujourd'hui dans les « boutiques ». On voit aujourd'hui des gens qui dans les « boutiques » vont faire des demandes qu'ils ne formulaient nulle part, peut-être parce que les « boutiques » leur permettent de pouvoir formuler quelque chose qu'ils ne pouvaient pas formuler ailleurs. Ils viennent faire des demandes de soins dans les « boutiques ». On se demande effectivement de notre place de « boutique », qu'est-ce qu'on doit faire ? On va renvoyer sur le centre de soins et l'utilisateur va nous dire « mais non, moi je veux que ce soit vous « boutique » qui preniez en charge ma demande ». Ça réinterroge tout le système de soins des « boutiques » finalement.

**Martine LACOSTE**

Les « boutiques » de demain auraient donc à la fois la remontée des besoins de façon générique et une capacité à travailler sur l'interrogation des centres de soins en général.

**Jean-Louis FREGINE - Montpellier**

Pour répondre de manière très précise par rapport à la question que soulève Pierre, en tant que représentant d'un centre de soins, je pense que de ce côté là les choses ont évolué et évoluent assez rapidement aujourd'hui et je crois que nous ne sommes pas non plus à sens unique, c'est-à-dire qu'effectivement les « boutiques » interrogent aujourd'hui le dispositif mais le dispositif en particulier. Les centres de soins interrogent aussi le travail des « boutiques ». Je m'explique, sur Montpellier, pour donner un témoignage très précis, on a eu effectivement il y a deux ans en arrière quelques difficultés à s'approcher des centres de soins et réciproquement.

On a monté quelques expériences qui étaient : des personnes du centre de soins venaient à la « boutique » boire le café, passer un moment, discuter avec les uns et les autres. Des personnes de la « boutique » faisaient des accompagnements physiques dans les centres de soins sur ces fameuses orientations dont on parle. Moi ce que je peux constater aujourd'hui c'est que chaque fois qu'il y a eu cet aller-retour, ce va et vient entre le centre de soins et la « boutique » et de la « boutique » au centre de soins, les orientations, en règle générale se sont très très bien passées. Quand cet accompagnement ne se faisait pas, c'est vrai que là on tombait souvent sur des difficultés. Des personnes reviennent en disant « je veux que ce soit vous qui fassiez l'accompagnement etc. »

Je crois qu'il y a beaucoup à réfléchir là-dessus, en tout cas l'expérience qu'on a montée et notamment avec l'Arc en Ciel, Pierre Brousse et là pour en témoigner, a donné des résultats qui au jour d'aujourd'hui est à développer dans ce type d'accompagnement.

**Martine LACOSTE**

Peut-être pour avancer un petit peu, par rapport au thème qu'on s'était donné... j'ai l'impression qu'il est compliqué à attraper ce thème, je ne sais pas s'il est vraiment génial.

On fait une autre tentative. Est-ce qu'à votre avis le droit commun pourrait faire de la réduction des risques et à quelle condition ?

**Participant**

Qu'est-ce que c'est le droit commun ?

**Martine LACOSTE**

Le droit commun, c'est par exemple les assistantes sociales de secteurs, c'est-à-dire, le service social, ça peut être les C.H.R.S., la Sécurité Sociale, c'est tout sauf nous, le droit commun c'est l'Education Nationale... Ce sont les infirmières et les assistantes sociales de l'Education Nationale. Est-ce que nous on serait en capacité de pouvoir faire évoluer le concept, l'idée, la façon d'attraper les questions acquises dans la réduction des risques. Est-ce que notre métier permettrait de faire avancer la notion de réduction des risques dans des secteurs de droit commun ?

**Participant**

Dans ce qui peut être transférable, j'ai entouré sur ma page blanche, des trucs. Au niveau des « boutiques », ce qui fait la différence à l'origine, parce que si ces « boutiques » ont existé à un moment donné, c'est qu'elles venaient actualiser quelque chose, il fallait ouvrir une espèce de laboratoire d'expérimentation. C'est vrai pour la toxicomanie.

Pour revenir à la question du droit commun, c'est pourquoi et comment, le droit commun, les dispositifs d'ordre généraux, pourraient absorber ces questions éminemment complexes, éminemment difficiles car même ceux qui par leur parcours rencontraient effectivement cette question, ils ne voient pas toujours bien clair. Il ne faut peut-être pas attendre des polyvalents, le droit commun c'est la polyvalence, il y a des vertus dans la polyvalence, c'est-à-dire que la polyvalence rencontre beaucoup plus de gens, que le territoire trop circonscrit... S'il y a quelque chose de spécifique par rapport à ça, c'est sûrement cette capacité d'expérimenter le vivre avec. Le vivre avec l'usager, précisément est différent dans les dispositifs de droit commun, pas parce qu'il y a une mauvaise volonté, une difficulté de faire, de savoir faire. Avant de savoir faire, il faut expérimenter les choses, il faut être formé à..., en fait c'est une formation un peu sur le tas. C'est en cela où probablement, du côté du parcours des usagers, du côté du parcours individuel des uns et des autres, c'est à ce niveau là que ça apporte un savoir, ça apporte des témoignages, une expérience. C'est pour ça que ce qui est spécifique et ce qui peut être transférable dans d'autres méthodologies d'intervention dans le sanitaire et social, c'est cette capacité de respecter, d'intégrer, de vivre avec l'usager. Ce qui fait bien défaut dans la plupart des dispositifs du droit commun.

**Participant**

Oui mais l'assistante sociale ne va pas vivre avec le client qui arrive...

**Participant**

Pour continuer sur la question du manque de moyens, c'est-à-dire du besoin de plus de moyens pour sortir de la « boutique ». De ce point de vue là, il peut y avoir des dispositifs de droit commun également répartis sur le territoire, il peut y avoir des assistants sociaux qui sont dans la démarche d'accompagner physiquement pour rendre faisables certaines démarches et d'autres diront : « Il n'a qu'à aller vers vous, trouver la bonne porte ».

Ce n'est pas qu'une question de moyens non plus, ce n'est qu'une question de volonté. Ce que j'entends là, c'est qu'effectivement, il y aurait des expériences qui feraient que l'accompagnement physique serait le concept pertinent, probablement, parce que si c'est difficile d'aller trouver la bonne porte et d'aller l'ouvrir, on peut penser que s'il y a un service à rendre de ce point de vue là, c'est de faire la démarche avec. Ça me paraît une évidence. Est-ce que c'est qu'une question de moyens ?

Y compris vivre avec les autres partenaires, parce que moi des constats sur la capacité de « vivre avec », c'est effectivement la capacité de vivre avec l'usager et la capacité à vivre avec les autres partenaires. Même dans le même champ spécialisé. Et là, ça serait intéressant d'avoir des témoignages de cette capacité là qui serait spécifique.

**Martine LACOSTE**

Est-ce qu'on retiendrait par exemple en forme de proposition quelque chose qui était : **le droit commun, quelles conditions, quand ?** Est-ce que c'est demain matin ou pas ? La proposition qui est faite là, c'est de dire la formation n'est pas le seul vecteur de la transmission, le vivre avec les autres partenaires, donc **le partage de projets communs, d'objectifs communs** serait une modalité de transmission au travers de laquelle les acteurs de la réduction des risques pourraient effectivement transmettre des savoir faire et des savoir être.

**Otto Werner ROSENBAUM La GALOPPAZ - Chambéry**

Je suis issu d'un C.H.R.S. F.N.A.R.S. Je m'occupe d'une équipe de rue sur Chambéry et on a un Espace/Solidarité qu'on a monté avec une halte de jour et une équipe de rue. A l'intérieur de cet espace, il y a une « boutique », c'est plutôt un sous ensemble de l'ensemble. Ce qui m'intéresse c'est d'apprendre un petit peu, parce que je ne suis pas issu de la réduction des risques, par contre je travaille avec les partenaires de la réduction des risques. Ce que je n'ai pas trop entendu jusqu'à maintenant, c'est la notion de territoire. J'ai l'impression que la « boutique » de Montpellier ou de Marseille, ça ne va pas être la même chose que la « boutique » de Chambéry ou de Saint-Jean de Maurienne. Sur l'Espace/Solidarité que nous avons, le poste réduction des risques, ça représente un équivalent temps plein qui travaille avec plus d'une dizaine d'équivalents temps plein mais qui sont issus de la précarité, la F.N.A.R.S., C.H.R.S.. Jusqu'à maintenant, j'ai entendu les « boutiques » comme étant un peu isolées. C'est pas le schéma de travail que j'ai habituellement. Je voulais juste donner mon expérience un petit peu pour vous montrer que les autres partenaires et moi dans le champ que je représente... je travaille avec la « boutique » mais la « boutique » n'est pas isolée, elle travaille avec le social, elle travaille avec les autres partenaires.

**Participant**

Deux ou trois petites expériences sur Grenoble. Le projet « boule de neige » qui a été mené à la fin 1999. Il s'est appuyé en partie sur les partenaires sanitaires et sociaux y compris pharmaciens, M.J.C., Mission Locale. L'objectif de ce projet « boule de neige » était également, de faire accepter, de faire entendre par ces partenaires la notion de réduction des risques et donc une manière de regarder différemment l'usager de drogue qui s'adressait à eux pour un besoin de droit commun pour lequel il existait. Ça a un peu marché. Un certain nombre d'usagers diffusent eux-mêmes quantité de matériel et sont donc personnes relais et la moitié des seringues que l'on distribue nous reviennent, une fois usagées, par ces personnes relais. Elles ont là, pour nous, un rôle important. La troisième expérience, c'est pas nous qui l'avons conduite, c'est le Secours Catholique, même si on y a participé un temps soit peu... c'est sur la question des savoir-faire. Ça a été « moult » réunions de travail etc. en lien avec les administrations dont c'est la compétence, le Conseil Régional, la D.D.T.E., etc. pour faire en sorte que des gens fortement précarisés mais ayant des savoir-faire dans la relation à l'autre, puissent accéder à une formation, à une prise en compte d'un passé professionnel qui leur permettent de se présenter auprès d'un employeur avec une valeur ajoutée, à savoir avec des compétences reconnues par un diplôme qui a été mis en place ou qui est en train d'être mis en place. On est dans le champ de la médiation, on est dans le champ de tout ce qui bouge en ce moment.

**Martine LACOSTE**

Tu fais état d'une validation d'un savoir-faire par un certificat ?

**Participant**

C'est un diplôme de type B.E.P. de médiateur dans un milieu sensible, dans un milieu précaire etc.

### **Martine LACOSTE**

Est-ce que ça veut dire que le fait de valider ce type de diplôme, inclus dans la formation la question de la sensibilité. Est-ce que les gens de la réduction des risques ont fait valider ce type de B.E.P. ?

### **Réponse**

Certaines personnes de la réduction des risques ont pu faire partie du petit nombre de personnes qui ont pu accéder à un nouveau diplôme créé pour l'occasion, c'est le mouvement qui a entraîné la chose.

### **Martine LACOSTE**

Par la création de ce B.E.P., finalement, ça a fait avancer un type de savoir-faire qui est validé dans la réduction des risques.

### **Réponse**

Pas seulement la réduction des risques, c'est plutôt dans le grand champ de la médiation et on sait tous qu'on met tout un tas de choses dans la médiation, avec beaucoup de choses, des nouvelles appellations, d'un certain nombre d'activités qui existaient avant et à l'intérieur de ces actions, une partie de réduction des risques.

### **Participant**

Simplement pour en revenir au droit commun, je voudrais soumettre quelque chose à notre réflexion. Nous savons tous combien nos usagers ont parfois des difficultés à demander un entretien individuel avec un membre de l'équipe et en particulier avec l'assistante sociale. Comment faire quand ils vont au C.M.S. du secteur. Quand ils ont osé demandé, en général, ils ont besoin qu'on leur réponde, si possible, pas trop tardivement. Comment faire quand une assistante sociale du secteur, sans doute parce qu'elle ne peut pas faire autrement, bien entendu, donne un rendez-vous dans un mois, un mois et demi. Souvent quand je reçois quelqu'un, c'est ce qu'on me dit. J'essaie quand même, de façon détournée, de savoir comment on est arrivé jusqu'à la « boutique » et en particulier jusqu'à moi et là souvent la réponse est claire : « Je suis allé au C.M.S. de mon quartier et on m'a donné un rendez-vous dans trois semaines, un mois, un mois et demi et on m'a dit que je pouvais venir vous voir ». Moi, même si je ne peux pas recevoir tout de suite, l'équipe pluridisciplinaire dont je fais partie prend en charge et aide à l'attente. C'est quand même une question qu'on peut se poser. Le droit commun oui, moi je travaille beaucoup avec les assistantes sociales de secteur mais après ?

### **Participant**

A propos du droit commun et de la réduction des risques.

Est-ce que la réduction des risques est une spécialité qui supposerait que ce soit difficile d'accès et qui supposerait « moult » formations pour les professionnels du droit commun. Je dirais, pas nécessairement. Je dirais, par exemple, en médecine générale... la substitution. D'une part, la substitution est ouverte aux médecins généralistes et pas aux spécialistes de la toxicomanie qui étaient jusqu'alors les psychiatres. Je me souviens, pour avoir organisé un certain nombre de stages de formation sur la substitution pour des médecins à Montpellier, il y a quelques années, qu'il s'agissait finalement davantage d'un déclic que de technique à transmettre, à savoir, passer le pas. Il fallait se lancer, se jeter à l'eau, se lancer dans la substitution. En fait tout médecin bien formé est capable de prescrire un médicament, d'assurer le suivi, de connaître les effets secondaires, etc.. De même pour le diabète, les problèmes cardiaques et voilà. Mais il y avait comme un déclic psychologique à passer, c'était : « Nous médecins généralistes on va recevoir des toxicomanes en cabinet alors que jusque là l'académie de médecine nous disait, il ne faut pas prescrire de toxiques à... ».

C'est la même chose pour les travailleurs sociaux en C.H.R.S. ou ailleurs pour pratiquer quelques principes de la réduction des risques. Il s'agit de capter l'idée générale, les principes, le concept et puis voilà. Après s'il y a des petites choses comme ça, à transmettre ça peut se faire finalement assez rapidement. C'est pas très compliqué, il a fallu des années pour que des intervenants du secteur spécialisé de la toxicomanie, alors qu'ils étaient précisément spécialisés en toxicomanie, pour passer comme ça à ce concept nouveau. Du coup on a peut-être l'impression que c'est plus compliqué pour les gens qui ne sont pas de ce secteur, alors qu'en fait est-ce que ça ne serait pas finalement plus facile, peut-être plus facile que le secteur spécialisé de passer à la réduction des risques ? Il y a eu des résistances dans un milieu spécialisé où on sortait d'une idéologie du sevrage, pour passer à un autre concept de réduction des risques.

Finalement pour le droit commun, ce n'est pas forcément plus difficile de passer aujourd'hui à ce concept de réduction des risques.

En ce qui concerne le lien entre les « boutiques » et le droit commun, on peut aussi imaginer que les assistantes sociales ou les médecins généralistes viennent **faire des vacances dans les « boutiques » et que ça relève du droit commun, à savoir de la Sécurité Sociale. Tout simplement que les médecins puissent pratiquer des consultations de médecine générale dans les « boutiques »**. C'est quelque chose qui n'existe pas encore de manière formelle mais (*interruption dans le public, on dit oui*), si, bon tant mieux, sans être forcément rattaché. C'est vrai que ce n'est pas tellement généralisé, moi je sens des résistances de la D.D.A.S.S. de l'Hérault sur ce sujet précisément. Je suis ravi d'apprendre que ça existe ailleurs.

#### **Martine LACOSTE**

Ce que tu apportes dans ton intervention, c'est, **faire avancer le concept de réduction des risques, c'est mesurer les risques selon les lieux effectivement où les personnes toxicomanes peuvent être accueillies**. Je m'explique, par exemple à l'hôpital, c'est vrai que le fait que les médecins aient accepté de prescrire de la substitution pendant un traitement somatique, ça a permis de consolider un accès aux soins, que les gens soient vraiment soignés. Ça a permis aussi de réduire le risque de rejet par rapport à l'équipe et vis-versa. L'équipe rejetant le toxicomane et le toxicomane rejetant l'équipe parce que le gars était en manque. Sur le fait que, du moment qu'il venait à l'hôpital, il ne fallait plus qu'il soit dépendant, c'est quand même beaucoup demander, comme ça, du jour au lendemain, à quelqu'un.

Ça voudrait dire aider à identifier quel type de risque, le risque que le gars aille faire cette démarche et qu'elle ne fonctionne pas. On ne peut pas répondre : « il y a qu'à, il faut qu'on etc. ».

Est-ce que tu voulais dire que faire avancer le concept c'est travailler avec les lieux et essayer d'aider à identifier comment, sur tel type de lieu, tel type de groupe, par exemple auprès des médecins généralistes, ça a été ton exemple, qui me semble est extrêmement clair, comment identifier le type de risque dans ce lieu avec les personnes toxicomanes. Le risque, c'est que le toubib devienne un dealer ou au contraire qu'il fiche le mec à la porte, qu'il n'y ait aucune rencontre et que ce déclic de pensée, le pourquoi on fait ça, d'aider les gens à trouver du sens parce que ça ne s'attrape pas tout de suite le sens de la réduction des risques.... Pour beaucoup, c'est abandonner les gens à leur sort d'une certaine manière. (*Brouhaha dans la salle et ensuite, réponse de Martine LACOSTE*), vous êtes d'accord pour faire la proposition, **de formation des médecins, les travailleurs sociaux, éducateurs, infirmières**. Les stagiaires disent on ne sort pas pareil. Deux interventions et après on va passer au troisième point qui est celui des cadres administratifs, financiers, la « boutique » de demain, qu'elle type de cadre, etc.

#### **Caroline GASIGLIA – Transit, AMPT- Marseille**

Je suis infirmière à Transit, et je voulais vous faire partager l'expérience qu'on a à Transit d'une mission d'accompagnement et de suivi des patients sur l'extérieur depuis 1996 et aussi de création de liens avec les partenaires.

On a choisi d'adopter une double stratégie, celle de rencontrer les services extérieurs, aussi bien hospitaliers que les Centres des Dépistages Anonymes et Gratuits, voire certains foyers d'hébergement, rencontrer les partenaires. Il y a aussi tout ce qui est orientation et besoin d'accompagnement, accompagnement physique par l'infirmière. Le bilan qu'on fait de cette mission, est positif pour les usagers. Avec cet accompagnement, ils arrivent plus à aller jusqu'au bout de leurs soins, au bout de leurs démarches et ça c'est quand même positif. Maintenant avec cette évaluation là, on va plus loin. J'ai un quart de temps, donc 10 heures par semaines, et on a envie d'aller plus loin car il manque, par exemple, des accompagnements d'éducateurs.

Des fois, le patient ne vient pas obligatoirement vers moi, il n'y a que moi qui aie cette mission là et peut-être qu'il va préférer aller voir Chantal pour se faire accompagner pour des papiers de Sécurité Sociale, pour des problèmes socio-éducatifs et là, comment créer quelque chose. Moi je pense souvent à une équipe mobile, à un tremplin entre la « boutique » et le centre de soins.

#### **Participant**

Un dispositif très souple, qui permet ce qui a été soulevé, le vivre avec, à la fois vivre avec les personnes et vivre avec les équipes et les partenaires. Finalement, c'est dans le même sens.

### **Dominique REINOSA**

Je me demandais juste si dans ce qui est transmis dans ce genre de travail à l'extérieur, ça ne tient pas à deux choses. Le mot « relation » a été utilisé tout à l'heure, c'est-à-dire qu'en fait ce qui me semble caractériser l'accueil dans les « boutiques », c'est de prendre la personne là où elle en est au moment où elle en est, avec ce qu'elle est dans un ensemble. Quand Caroline fait un accompagnement vers l'hôpital, l'objectif, c'est que la personne se soigne, elle a certainement plein d'autres problèmes par ailleurs, mais ça va fonctionner par étape et dans son parcours, c'est d'abord ça qui est à régler.

J'étais un peu sceptique sur l'exemple pris à propos des médecins. Pour avoir visité souvent les médecins généralistes avant que ne se mette en place une politique générale de substitution en médecine de ville, les médecins disaient : « Ca je l'ai fait quand j'étais jeune mais après j'ai arrêté parce qu'était accrochée à ça toute une notion d'échec. Ils n'y arrivaient pas, donc ils ont arrêté. De mon point de vue, ils n'y arrivaient pas parce qu'il y avait de la technicité qui leur manquait, quand même. Un point de fond, il me semble, c'est la question de « pas tout, tout de suite », c'est-à-dire qu'un toxicomane, une personne qui est dans un usage de produit est dans un parcours et il me semble que c'est bien ça qui est pris en compte dans les « boutiques », c'est-à-dire, c'est quelqu'un qui est sur un chemin et on l'accompagne sur certains points et à un certain moment de ce chemin et quelquefois, il le quitte, il y reviendra. Il me semble que chez les travailleurs sociaux, du fait de la segmentation de leur travail, je parle des travailleurs sociaux du droit commun, on leur dit : « vous faites du R.M.I., vous faites de l'aide sociale, vous faites de l'aide au logement. ». Comme leur travail est fragmenté, ils vont chercher chez la personne qui...

...

...quand ils se présentent dans le droit commun, ça vient aussi du fractionnement des offres de l'aide sociale, du droit commun, la segmentation du travail dans le domaine social, de l'offre sociale, alors que dans les « boutiques », il me semble que quand une personne arrive on prend l'ensemble de sa situation, on va essayer de raisonner à partir de priorités et les orientations se font par étape en fonction des priorités. La transmission du savoir-faire, je pense en particulier aux médecins, les discussions qu'on pouvait avoir avec eux c'était, mais ça ne sera pas « tout tout de suite ». C'est-à-dire que les personnes viennent vous voir pour se soigner et vous vous dites que c'était un échec, mais finalement vous mettez en évidence dans les entretiens, que ça n'était pas tant un échec que ça. Les personnes étaient revenues les voir, il y avait eu des tentatives de sevrage, et c'était bien que ça ait déjà eu lieu.

### **Martine LACOSTE**

En fait il me semble que ça serait aussi une bonne conclusion pour ce point numéro deux.

### **Joëlle MANIGNAL - Association le TIPI - Marseille**

J'ai seulement une petite chose à dire, d'abord pour remercier Mme Reinosa d'être intervenue. Je me présente, je suis administratrice de l'association le TIPI et c'est pour aller toujours dans le même sens, bien sûr. Nous faisons de l'entraide communautaire. Il faut dire qu'on accueille les gens mais il n'y a pas vraiment d'accueil des professionnels, c'est-à-dire que c'est les accueillies qui accueillent les autres. Les choses se passent très bien. Ce qu'on désire, c'est intégrer aussi des permanences de professionnels pour répondre à des besoins précis. Ça c'est fait par des stagiaires par exemple qui sont venus faire des stages d'assistante sociale, d'éducateur et ça c'est très bien passé, c'est-à-dire que les gens ne les rejetaient pas. Ils ont accédé par là à beaucoup d'améliorations de leur état, de leur qualité de vie, de leur suivis de soins. Par contre, il y a les difficultés liées à l'accueil et au suivi de l'accueil et des personnes. On a pas tellement de passages, c'est-à-dire, qu'on a une file active d'une cinquantaine de personnes, entre vingt et cinquante, ça dépend des périodes de l'année. On a pas de problèmes majeurs. Les seuls problèmes qu'on a, c'est qu'on est justement à cheval sur la frontière de la légalité et de l'inégalité, du fait des services qu'on propose et des échanges de Stéribox. C'est là que le suivi est difficile.

### **Question**

*(inaudible)*

### **Joëlle MANIGNAL**

C'est-à-dire qu'il faut surveiller les gens de façon à ce qu'ils ne se servent pas des Stéribox dans les locaux. Le problème se pose, si bien qu'on est obligé de les inviter à se servir de ces outils dans la rue.

Sinon au niveau des relations entre professionnels, institutions et tout ça, on ne fait pas tellement de différence entre le droit commun et pas le droit commun.

Il n'y a pas d'usager ou de non usager si vous voulez, il n'y a pas de gens séropositifs, séronégatifs, il y a vraiment une entente communautaire, c'est-à-dire que tout le monde est avec tout le monde. Il y les mémés du quartier, il y a les gens des bars à côté qui viennent, tout se passe très bien dans une entente parfaite.

Le seul problème qu'on a, c'est celui de légalité, de produits injectables, du contrôle des drogues. Tous ces petits ennuis qui pourrissent la vie finalement. C'est vraiment des petits ennuis, c'est-à-dire que chez nous les gens ne se sentent pas jugés en tant qu'usagers de drogues. D'ailleurs, la plupart du temps, celui qui arrive ne sait pas qui fait partie de la structure en tant qu'encadrant ou en tant qu'usager. Il y a une espèce de respect mutuel qui se fait avec les gens et petit à petit. Bien sûr ils savent très bien au bout de deux ou trois passages que celui-ci travaille là et que celui-ci est accueilli, mais on travaille par atelier. On occupe les gens, ils ne sont pas là pour ne rien faire, pour rester fumer des cigarettes toute la journée, ils peuvent s'ils veulent, la plupart du temps, ils s'impliquent dans des activités. La plupart des gens qui passent chez nous retrouvent une confiance citoyenne, même s'ils restent dans leur problème de drogue, si on peut parler de problème d'usage de drogue, mais ils sont dans une citoyenneté de toute façon.

#### **Martine LACOSTE**

Il me semble que cet exemple éclaire, de façon très intéressante la question de ce matin qui était : « **Comment faire autrement, différemment, faut-il aller plus loin , plus près , au dessus, en dessous, à côté, comment , comment ensemble ?** », avec la proposition que faisait Eric Kérimel et il me semble que si vous êtes d'accord on peut le valider dans l'état des lieux des expériences de type communautaire. En même temps vous dites : « C'est un lieu où on accueille des professionnels du droit commun qui viennent en tant que professionnels, c'est-à-dire qu'ils sont détachés de leur service ». Il me semble qu'on a avancé **la notion de dispositif d'équipe mobile**. Il y a eu la proposition de valider ce que l'on sait faire qui était l'intervention qu'a fait la personne, **de valider ces savoir-faire**, de valider ce métier, d'essayer de le définir. Ça pourrait être un vrai chantier d'écriture, pour le coup.

Il est 15h20, on a une contrainte. Est-ce qu'on peut travailler au troisième point qui est donc la question du cadre, à savoir qu'au moment de l'ouverture, les premières « boutiques » ont été financées sur la ligne du 47-15/Toxicomanie ou 47-18. Assez rapidement, je crois très rapidement. Vous pourriez faire ce petit rappel historique du cadre ?

#### **Françoise BELINGARD DEYBACH – MILDT - Paris**

Sur la réduction des risques, c'est vrai que c'était quelque chose liée à l'usage de drogue et qui avait donc vocation à être financée sur le 47-15. Pour des raisons de moyens, et je pense aussi historiquement, c'était tout à fait intéressant que ce soit peut-être un petit peu à côté, même si c'est complexe. Ça a été pris sur le 47-18. Les activités de réduction des risques sont dès lors financées sur le 47-18 .

Comme vous le savez. Le budget de l'Etat est divisé en un certain nombre de chapitres, chaque chapitre ayant une mission extrêmement particulière. C'est une nomenclature budgétaire qui dit, le 47-15, c'est « lutte contre la toxicomanie » et le 47-18, il a changé d'intitulé d'ailleurs, c'est « lutte contre le sida et les maladies transmissibles » depuis cette année. L'intitulé des chapitres, c'est très important parce que ça correspond à une intention politique.

Et notamment d'élargir, la ligne « sida » à la ligne « maladies transmissible » ça a une signification politique.

#### **Participant**

Alors qu'elle est la signification politique que ce soit « sida, M.S.T », pour une prise en charge de toxicomanes. Les « boutiques », on peut dire, c'est « toxicomane ».

#### **Françoise BELINGARD DEYBACH**

Ça rappelle l'intentionnalité initiale de la réduction des risques qui était l'intention de prévenir les risques sanitaires.

#### **Participant**

Pourquoi c'est passé en 47-18 ?

### **Françoise BELINGARD DEYBACH**

C'est toujours le 47-18. c'est le 47-18 qui a changé d'intitulé puisqu'il s'appelait « lutte contre le sida » et qu'il est devenu « lutte contre le sida et les maladies transmissibles » pour intégrer l'hépatite C.

Ça a été une question, mais ça, c'est il y a assez longtemps, c'était une question de moyens du 47-15, il n'y avait pas suffisamment de moyens pour évoluer. On sait bien qu'à cette époque là le sida avait priorité de santé publique, il y avait énormément de moyens qui ont été donnés.

### **Participant**

On aurait pu rajouter des moyens ?

### **Françoise BELINGARD DEYBACH**

Oui sauf que le 47-15 n'était pas intitulé « lutte contre le sida », « lutte contre le sida » c'était une priorité de santé publique, c'était les années 90 etc. C'est pour ça que notre jargon administratif, même s'il est casse pied, il est parfois tout à fait intéressant à analyser.

Je suis venue pour vous écouter, je ne voudrais pas emboliser les débats qui sont par ailleurs complètement passionnants. Les perspectives dans l'état actuel des choses, mais pourquoi ce n'est plus 47-15, il n'est pas question à ma connaissance, puisque maintenant j'ai une autre casquette qui est la casquette M.I.L.D.T., et non plus la casquette « lutte contre le sida », pour le moment, la réduction des risques demeure sur le 47-18 avec une vocation sanitaire. Ça c'est clair, même si on dit qu'il serait tout à fait souhaitable que la réduction des risques soit la réduction des dommages, des complications sociales etc. C'est très marqué du virus (*question inaudible*), ça c'est une autre question, à ma connaissance, il n'est pas en chute libre, à ma connaissance, il s'est élargi. C'est bien ce que je venais de vous dire. Quand on finance plus de choses avec la même enveloppe.

### **Martine LACOSTE**

Merci beaucoup d'avoir repris cet historique du cadre financier, parce que tout a un sens.

Je me souviens aussi que la question qui était soulevée par la réduction des risques, dont l'objectif, à savoir, l'échange de seringues, les possibilités qui étaient offertes dans les « boutiques », dont il faut quand même se souvenir que ça n'allait pas de soi cette affaire là, ça n'allait pas de soi pour certains services de police, ça n'allait pas de soi pour certains procureurs, ça n'allait pas de soi pour la population, ça n'allait pas de soi pour certaines collectivités territoriales.

De fait il y a l'explication effectivement que rappelle madame Deybach par rapport à cette ligne financière qui a été ouverte mais je crois aussi que la figure du toxicomane, de malade a permis d'abriter à la fois les financements certes, mais aussi des pratiques qui étaient à l'époque, janvier 1993, c'était quand même pas des pratiques... il faut quand même se souvenir que dans les années 86, 87, 88 même nous étions dans des années où madame Barzach a dû se bagarrer très fort et ça il faudra jamais l'oublier, et c'est à mon sens aussi valide que ce qu'avait fait Simone Veil dans d'autres temps, c'est-à-dire des actes difficiles, solitaires et des prises de courage politique, pour pouvoir permettre, un la libéralisation, c'est pas à vous que je vais le rappeler. Ça veut dire quoi ? Que c'était pas gagné.

Il ne faudrait pas qu'on ait la mémoire courte, à l'époque c'était l'enfermement politique de Monsieur Chalandon, mais le sens politique était quand même un sens très répressif. Madame Barzach a tenu bon sur des positions pas simple à prendre. Je crois me souvenir quand même qu'il a fallu une bagarre, encore de Simone Veil, certains points aussi qu'a fait bouger Bernard Kouchner, pour permettre d'avancer sur ce type de pratiques. Certes la Division Sida avait de l'argent du fait de la maladie mais elle avait surtout quelque chose de très fort, c'est qu'il est quand même compliqué de rejeter des malades. On ne pouvait pas dire non au fait de faire de la prévention sanitaire auprès de jeunes. (*réaction du public*). Ce ne sont pas des malades, c'étaient potentiellement des malades. Il faut quand même se souvenir des seuils d'infection dans les années 86, 87. N'ayons pas non plus la mémoire courte, 30 %.

Quand tu parlais tout à l'heure, des ayatollah de l'abstinence, quand même je crois que dans la vision que l'on a de la part des « boutiques » vis-à-vis des centres de soins, dans cette évolution, je crois qu'il y a un boulot sur les représentations des uns et des autres, si l'on veut faire avancer les concepts du soins et de la réduction des risques. Il y a intérêt vraiment à sortir des représentations et à se parler vraiment.

### **Participant**

Quelques temps avant que passe le décret Barzach, Francis Curtet dans le quotidien du médecin disait : « Surtout il ne faut pas libéraliser la vente des seringues en pharmacie ».

**Martine LACOSTE**

Francis Curtet, ce n'est pas le dispositif de soins spécialisé, c'est une personne. C'est un exemple.

Il y a d'autres exemples, Claude Olievenstein qui a vraiment été tout à fait favorable. Il a demandé, a soutenu moralement, ce n'était pas un politique, Michèle Barzach. Ça veut dire que, quand même, ça n'était pas si simple, cette conversion et quand pendant des années et des années, la loi, le répressif, la répression de partout ... et même encore aujourd'hui, ce n'est pas si simple dans la réalité, le bus de Médecins du Monde a quand même été « chassé », je ne sais comment il faut dire mais la police n'était quand même pas d'accord, honnêtement par rapport à la réduction des risques. Tout ça a beaucoup évolué, il faut se souvenir que....

**Participant**

Je dirais que du point de vue de la police ou de la justice, c'est normal, ces gens là sont là pour appliquer la loi. La loi est ce qu'elle est. On parlait tout à l'heure du droit commun, précisément le droit de la drogue est exorbitant du droit commun comme l'explique Mr Caballéro par exemple. Je ne vois pas pourquoi on demanderait à des policiers ou à des juges sur ce sujet là d'être plus progressistes que des soignants.

**Martine LACOSTE**

La question c'est qu'il y avait quand même une Mission Interministérielle et que le rôle de la Mission Interministérielle c'est de travailler dans l'Interministériel à des choses complexes. Effectivement, d'un côté à l'autre on pourrait penser « papa répressif, maman gentille », maman donne les seringues et papa met en prison, etc. De fait le rôle... (*réaction*) et oui, les uns appliquent la loi et les autres font du maternage. C'est clair que les choses sont difficiles, complexes, sur : « Qu'est ce qui doit primer entre une sécurité sanitaire et une sécurité publique ? », c'est aussi des questions que le politique doit aborder, justement, dans des cadres tels que les Interministériels. Enfin qui est ce qui disait tout à l'heure que le politique doit faire son travail de politique, donner des orientations, discuter, soulever ces questions. On ne peut pas tout attraper sur le « local » quand même. Ce sont des données, des directives qui doivent être réfléchies, proposées et accompagnées. (*intervention dans le public*). Je suis désolée, je me suis laissée aller. C'est un sujet sur lequel on est un tout petit peu passionné à l'ANIT, sur lequel on bosse depuis des années. Je suis désolée, je ne le ferai plus, je reste animatrice jusqu'à la fin.

**Eric KERIMEL**

J'ai envie de te remercier pour ta passion là-dessus. Ce débat là, moi j'ai envie de dire vraiment, de l'incapacité de l'Etat à avoir une réflexion saine et posée dans le domaine. Quand en 1990, 1991, après le décret Barzach, un certain nombre de gens voulaient donner des seringues, ils n'avaient toujours pas le droit, il ne faut pas l'oublier. Le décret Barzach avait donné la possibilité aux pharmaciens et aux centres répartiteurs de donner des seringues et non pas aux intervenants en toxicomanie. Ce qui veut dire en fait, que l'Etat sur le plan sanitaire demandait à des travailleurs sociaux, dont j'étais, de donner des seringues alors que la loi n'avait pas avancé sur l'histoire. Simplement je prends cet exemple là pour dire que finalement ce matin on disait « il faut que le législateur pose la question du cadre de loi 70 », bien sûr, c'est un souhait de tout le monde, mais il faut aussi que le terrain fasse avancer la loi. Si un certain nombre de gens sur le plan local n'avaient pas devancé la loi en donnant des seringues, on en serait toujours pas là. Je pense qu'il faut qu'un certain nombre de professionnels se mouillent et disent à l'Etat que l'Etat est incohérent et qu'il est grand temps que la question soit posée. On a l'impression que ce n'est que le cas de la toxicomanie.

Je rappelle qu'il y a 4 jours à la télévision Mme Kaufman a dit qu'elle allait signer et attester qu'elle ferait des avortements pour des grossesses à plus de 14 semaines et qu'elle attestait qu'elle le faisait malgré la loi, pour faire avancer un certain nombre de choses, est-ce que nous nous avons la capacité de dire : « Voilà messieurs les élus, vous êtes nos représentants politiques, il y a un certain nombre de propositions que vous ne faites pas et nous on va passer à l'acte. » . C'est un mot grave que je vais dire là mais peut-être qu'il faut que nous, on se mouille sur un certain nombre de choses. Je vais peut-être donner un scoop ici.

Il se trouve qu'à Transit, avant que je ne m'éloigne de Transit en 95, dans le deuxième local de Transit il y a une petite pièce à côté de l'infirmerie. Ceux qu'il l'on visitée, ne le savent peut-être pas, il y a une infirmerie, une petite pièce. Je l'ai dessinée avec Bruno TANCHE, avec une petite passerelle. C'était une salle de « shoot », on a jamais voulu en parler. Est-ce qu'on va avoir la capacité un jour à oser dire les choses.

Je vais plus loin. Je dis que quand on travaille à Transit, je parle pour moi, je n'y suis plus je prends moins de risques, il y a eu des moments donnés à Transit, où je savais que des gens allaient dans les WC, je savais qu'ils allaient s'injecter et j'ai fait semblant de ne rien voir. Je dis simplement, si on veut que le cadre politique change, il faut peut-être aussi que nous on change notre discours et qu'on dise aux politiques « il y en a marre », quand vous me dites que les policiers ne font que leur travail de policier... le travail d'un policier n'est pas uniquement de taper sur la tête des gens, il peut aussi entendre.

Je veux bien que les policiers fassent leur travail. Il y a trois semaines, un travesti à Marseille s'est fait frapper, avec des actes de barbaries. On est allé au commissariat, on a dit devant nous : « Tu te fais monter dessus toute la journée, tu ne vas pas nous faire chier, parce que tu t'es fait violer ». J'ai envie de dire, là il y en a marre de ce discours de langue de bois, il faut que nous, si on est des acteurs de la réduction des risques, on bouge un peu et qu'on dise à l'Etat ça suffit. 47-15, 47-18, 47-je ne sais pas quoi, oui, je veux bien entendre cette logique administrative, je la subis toute la journée moi en tant que directeur. Je veux dire, écoutez aussi ce que disent les intervenants de terrain et écoutez surtout ce que disent les usagers, ce que disent les gens qui sont en difficulté. Quand j'entends quelqu'un du Tipi dire, moi ça m'est arrivé aussi, « allez dehors pour vous injecter », c'est une ignominie. Je ne suis pas en train de dire qu'il faut dire aux gens de s'injecter sur place, je dis simplement, dans la relation avec quelqu'un, quand on sait qu'il est en grande difficulté, quand on sait qu'il va aller s'injecter dans des conditions sordides et que l'Etat nous met au pied du mur en disant « vous donnez une seringue et surtout vous dites de sortir », c'est une ignominie.

*Réactions dans le public plusieurs personnes parlent à la fois, c'est inaudible*

### **Participant**

Tu donnes ton avis en disant que c'est à peu près ce qu'on dit tous, non ce n'est pas ce qu'on dit tous. Sûrement pas. Par contre qu'il y ait un vœux pour qu'on le dise tous, soit et qu'on le dise tous publiquement et pas seulement dans nos cénacles, c'est pas la même chose. Là ça veut dire se positionner, non plus uniquement comme des professionnels mais comme des militants, comme s'il y avait une opposition entre des militants et des professionnels, du coup on ne le fait pas et du coup on ne fait plus que... (*inaudible*)

### **Eric KERIMEL**

Je ne parle pas en tant que militant en toxicomanie, je parle comme un militant des droits de l'homme. Le problème qu'ils s'injectent n'est pas mon problème. Je ne suis pas toxicomane, je ne veux pas l'être... Je ne parle pas comme un militant de la réduction des risques, je parle comme un militant de la dignité de l'homme.

### **Participant**

Mais c'est ça un militant de la réduction des risques, c'est bien un militant des droits de l'homme pour moi, donc je suis parfaitement en phase avec ce que tu viens de dire.

### **Martine LACOSTE**

Ça déborde le cadre, c'est le propre de la question du cadre, de savoir... On est bien dans le sujet n° 3, sauf qu'il va falloir y revenir. Une intervention, deux et après on recadre.

### **Elisabeth DI LEO – Sleep'in –SOS Drogue International. Marseille**

Je suis chef de service au Sleep'in et je corrobore tout à fait ce que dit Eric, c'est-à-dire que moi quand je fais les soins au Sleep'in et que je me dédouane, parce que moi j'appelle ça du dédouanement, en donnant un kit et que je sais qu'ils vont s'injecter parce qu'ils ont la possibilité de sortir et de re-renter après pour dormir au Sleep'in et qu'on doit gérer tous les problèmes de ce qu'ils se sont injectés, comment ils se sont injectés, moi ça me pose énormément de questions. C'est vrai que ce matin, on a peine effleuré la question des salles d'injection avec de l'héroïne médicalisée. Là ce que je me demande, c'est, pourquoi l'héroïne médicalisée dans une salle d'injection et pas d'autres produits. Il y a d'autres expériences à Francfort, dans d'autres pays.

Je pense que si à la limite on pouvait avoir une salle d'injection tout autant que, naturellement la loi de 70 soit améliorée si ce n'est abolie, inter-associative où on pourrait justement gérer à plusieurs cette salle d'injection que ce soit avec l'A.M.P.T. pour nous à Marseille et travailler ensemble sur ces questions là. On a les mêmes personnes de toute façon et les mêmes problèmes.

#### **Alain MARTIN – AXESS - Montpellier**

Je suis animateur à AXESS. Moi ce que je voulais dire, c'est que les salles de « shoot », elles existent sauf qu'elles ne sont pas légalisées.

Dans toutes les « boutiques », les gens se « shootent » dans les toilettes, sauf que personne n'a le courage de le dire et de le revendiquer. Il serait peut-être temps de le faire avec, soit des produits de substitution injectables, des choses comme ça. Les salles de « shoot » elles existent mais elles ne sont pas reconnues et tout le monde se cache un peu la face.

#### **Martine LACOSTE**

Il me semble que le propos était de réfléchir au cadre des lieux en tant que structures financières, administratives et que finalement le choix qui est en train de se faire c'est celui du cadre qu'on propose aux gens. Ce qui est dit, c'est que ce qui est compliqué pour nous, c'est que la notion d'injection dans les lieux, ne soit pas possible, parce que nous sommes dans une situation où le cadre n'est pas clair.

Pensez-vous que c'est la même chose, par rapport à l'ouverture d'une salle d'injection. Est-ce que ça n'est pas différent. ? Ce qu'a dit Eric et ce qui tu as repris finalement et qui circule sur la question du cadre, c'est dans le lieu, on fait semblant, finalement. Pour nous c'est difficile, douloureux, de dire à quelqu'un d'aller dehors en sachant pertinemment ce qu'il va faire et qu'il est dans une situation physique, etc. Tu interrogés directement ce cadre...

#### **Eric KERIMEL**

J'interroge aussi l'Etat, parce que il n'y a pas parité encore entre les professionnels et les représentants de l'Etat.

Il y a eu une émission sur l'argent public, il y a pas très longtemps. J'ai demandé qu'on puisse inculper le premier ministre pour proxénétisme, ça n'a pas été entendu. On ne m'a pas entendu.

En même temps monsieur Charasse, devant les téléspectateurs a dit : « Je n'ai pas honte de prendre l'argent des prostituées, l'argent ne sent pas mauvais ». Monsieur Charasse tombe sous l'effet de la loi sur le proxénétisme car tout argent venant des prostituées est soumis à inculpation pour proxénétisme aggravé. Si moi je disais, je prends l'argent des prostituées, je serais inculpé. Si moi je dis je crée une salle de « shoot » alors que je n'ai pas le droit, je suis inculpé. Si monsieur Charasse dit : « L'argent ne sent pas mauvais, je prends l'argent des prostituées. », il n'est pas inculpé. Je dis que nous, les travailleurs sociaux, on est aussi des citoyens et que quand on interroge le cadre des « boutiques », je veux qu'en même temps en interroge le cadre de la réflexion de l'Etat.

#### **Martine LACOSTE**

Bon, atelier numéro 4, question numéro 3 de laquelle nous venons de faire un saut à la question numéro 1, bon. Le fond, la forme, l'intime et la santé publique et le politique, tu dis tout en une seule phrase. Qu'est-ce qu'on fait de ça, nous là ? Tu nous déposes tout, monsieur Charasse, Lionel Jospin, c'est-à-dire que ça invite à recommencer, ça invite à retravailler, ça invite à continuer, c'est le but d'un atelier. Est-ce que tu fais une proposition ? Il me semble que oui. Ta proposition : « c'est les professionnels dans... ». Juste un point quand même, dans un centre de soins, le même type de questions se pose, c'est pas forcément spécifique aux « boutiques » et dès que tu poses un interdit de toute façon, la question qui va avec c'est la question de la transgression de l'interdit. Du coup on revient à la question numéro 1 : « Est-ce que sur ces lieux on va jusqu'au bout du bout ? », le bout du bout étant, il n'y a des limites à rien. C'est ça la question : est-ce qu'on peut supporter de poser des limites. Ce n'est pas la même chose de savoir que quelqu'un, par exemple, s'injecte dans les toilettes, on le sait que ça arrive, que de dire que dans ce lieu on peut tout faire. Sachant de fait et pourquoi pas une distribution d'héroïne sur le même lieu. Ça voudrait dire, où elle est la limite ? Est-ce qu'il peut exister des lieux sans limites ? C'est tout ça que tu interrogés, on est partie là pour un autre travail, c'est un vrai chantier. L'intime, la santé publique, je ne sais pas si c'est les « boutiques » de demain. C'est les questions d'aujourd'hui : est-ce que demain, ça veut dire qu'on recule les limites tout les temps. Je ne sais pas. Est-ce que demain ça signifie qu'on enlève les limites d'aujourd'hui ? Comment on les enlève ?

**Chantal FORTERRE**

Alors il faut fermer. C'était pas la peine d'ouvrir en 1993, avec des idées de réduction des risques en donnant du « matos » à des injecteurs d'héroïne à l'époque et aujourd'hui de se poser la question des limites de la réduction des risques, alors on ferme le dispositif et on n'en parle plus.

On a atteint des objectifs qui étaient la baisse du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, cet objectif a été atteint . Il y en a encore plein d'autres, on en a parlé depuis ce matin. Si on ne va pas plus loin, on n'a plus aucune raison d'être. Il faut se rendre à l'évidence, soit on va plus loin, soit on y va pas mais si on y va pas on arrête tout.

**Martine LACOSTE**

L'idée c'est maintenant quel est l'objectif de « l'aller » plus loin que tu mettrais ? Au départ, c'était réduire, etc., aujourd'hui comment tu problématiserais les objectifs ?

**Chantal FORTERRE**

Moi je vous l'ai dit ce matin dans le texte que je vous ai lu. Je vous ai parlé de trois propositions. La première concernant le fait de stopper cette histoire de collectif qui n'aboutit finalement qu'à une vision large et insuffisante. J'en reviens à cette histoire de salle d'injection parce qu'il est tard dans l'après-midi et qu'on se lâche un peu tard, c'est pas grave. Je disais ce matin que la salle n'avait de sens que si un produit décent pouvait leur être prescrit, parce que si on ouvre une salle d'injection sans donner un produit quelconque, qu'est-ce que vous faites ? Vous avez quelqu'un qui arrive avec du Subutex® et qui veut se l'injecter, qui vous montre par A plus B qu'il a plus de veines, qu'il n'y arrive plus...

**Martine LACOSTE**

L'objectif là, comment tu le poserais ?

**Chantal FORTERRE**

L'objectif comment je le poserais, je ne sais pas comment vous l'expliquer mieux que ce matin. Il me semble que ce matin je l'ai bien expliqué. Une salle d'injection avec une distribution de produits, que ce soit de l'héroïne, du sulfate de morphine, peu importe. (*réactions dans la salle*)

**Participant**

Prévenir le risque lié à l'injection...

**Caroline GASIGLIA**

Les risques infectieux...

**Participant**

... injecté et qui leur démolit les veines, c'est franchement malhonnête...

**Caroline GASIGLIA**

Le capital veineux, c'est vraiment (*inaudible*)... après il y a les abcès, l'ulcère nécrotique, après l'injection intra-artérielle, après on peut en nommer comme ça... et on en voit assez des horreurs. On en est à un point où il faut arrêter de se faire ça... Le Subutex® n'a pas été fait théoriquement pour être injecté mais ils ont tout fait pour qu'ils l'injectent. Au bout d'un moment c'est sur qu'il faut arrêter.

**Martine LACOSTE**

Le cadre des « boutiques » en tant que tel, non ?

Demain, ça resterait à la Division Sida par exemple, elle continuerait effectivement d'abriter ce type de structures ? **Faut-il intégrer ce type de lieu dans une cohérence de la prise en charge** ou des propositions faites en direction des toxicomanes avec un dispositif varié tel qu'il a été décrit : des centres soins, des dispositifs hospitaliers, de médecine de ville et dans le dispositif urbain des « boutiques », des centres d'accueil. **Ce consortium « boutiques », ce groupe « boutiques » et centre de soins**

**passant à la loi de 75, à la Sécurité Sociale.** On sait quand même que c'est un chapitre qui ouvre à une forme de stabilité d'une part et d'autre part est-ce que vous voyez dans ce passage là, une cohérence ? Est-ce qu'il y a de la cohérence à rechercher avec le dispositif de soins, ce qu'on appelle les C.S.S.T. du fameux chapitre 47-15... Est-ce que vous voyez de l'intérêt à ce qu'il y ait une cohérence dans le fait que tout ce dispositif puisse être rattaché à la loi de 75, Sécurité Sociale ? Effectivement après il peut y avoir, budgets pauvreté/précarité... c'est-à-dire la fameuse loi contre les exclusions...

**Françoise BELINGARD DEYBACH**

Je ne suis pas très douée sur ces questions. Le problème c'est qu'avec le passage à l'Assurance Maladie, on sort du budget de l'Etat. On est plus sur le budget de l'Etat, on est dans une logique/Assurance Maladie avec un système de budget global ou de prix de journée, ça dépend des structures et donc on est plus dans le budget de l'Etat. C'est vrai que ça change complètement de sens mais ça renforce le sens du soins puisque l'Assurance Maladie finance le soin. Quand j'ai lu l'intitulé, je me suis posée un colle administrative : « Est-ce que les « boutiques » qui sont actuellement sur la 47-18 vont passer dans la mécanique de la loi 75 ? ». Je ne sais pas répondre, c'est mon ignorance, du fait que je n'ai pas appris par cœur le projet de loi 75. C'est une vraie question. Ça le consoliderait et ça consoliderait l'intervention réduction des risques comme intervention sanitaire. Ça a ces limites mais ça a aussi un intérêt.

**Martine LACOSTE**

Donc dans les problématiques, on pourrait dire qu'on a pas suffisamment d'information et qu'on souhaiterait en avoir plus pour pouvoir affirmer des choix. Mais ce que vient de dire Madame Deybach me semble être un début clair, à savoir que pour l'instant les structures sont dans une forme de précarité sur le chapitre de la Division Sida. On pourrait dire ça, en tout cas dans l'état des lieux.

**Participant**

Si on devait prendre en compte le risque « social », valider ou rendre plus pertinente la prise en compte du risque « sanitaire », il faudrait plus se réjouir de se voir positionner dans des budgets de lutte contre les exclusions que du côté de l'Assurance Maladie. L'idéal c'est les deux.

**Martine LACOSTE**

Quand même dans la loi de 75, c'est le médico-social.

**Participant**

On sait comment en prend en compte l'exclusion dans le médico-social. Une parité ...(*inaudible*).

**Martine LACOSTE**

Une parité sur la question du social qui a été abordée énormément de fois. Des lieux, pour le coup dériveraient, seraient uniquement des lieux de réponse sanitaire, la réponse c'est clairement, on ne veut pas du tout aller vers ce type de réponse. Mais vers une parité à maintenir. Eric a demandé la parole, tu nous ré-attaque pas là,.... Jospin etc.

**Eric KERIMEL**

Je vais essayer de faire moins parler ma passion, c'est difficile. Je rappellerais juste une chose, c'est que la définition du soin par l'O.M.S., elle est très claire, c'est bio-psycho-social. La question de l'Assurance Maladie, pour moi est une très bonne question. Et ça aurait au moins l'avantage de nous faire sortir des luttes contre, des luttes contre des maladies qui ressemblent trop à la lutte contre les malades. On lutte contre la prostitution en même temps on lutte contre les prostituées, on lutte contre la toxicomanie, en même temps on lutte contre les toxicomanes. Je me dis que ça aurait au moins un intérêt, pour une fois qu'on pose la question du soin.

Qu'est-ce que c'est que de prendre soin de quelqu'un ? Et là, ce que moi je pense être le soin, c'est quand on a fait les premiers actes des « boutiques », on avait parlé de cette définition du soin. Il y a, si on regarde le dictionnaire, même la langue anglaise, je suis très nul pour l'accent, mais il y a « to cure » ou « to care ». Il y a deux définitions du soin, même en France, « prendre soin de » au sens du soigneur du sportif ou, je soigne son bobo.

L'Assurance Maladie n'a pas définitivement posé le soin du côté du soin physique. Ça me semblerait intéressant qu'on sorte de ce budget où finalement, il de gros inconvénients, c'est qu'on lutte souvent contre les gens en pensant lutter contre les symptômes. Et ça éviterait qu'on se fasse la guerre entre nous, parce que Martine l'a très bien dit, il y a toujours la même tarte et il y a plus de gens qui la mangent. Je m'excuse d'être aussi trivial que ça. Ça veut dire que s'il y a 5 structures qui s'installent et qu'il y a deux millions de francs, c'est pas pareil que s'il y en a 7 et qu'il reste toujours deux millions de francs. Je pense que le cadre de la loi de 75, le faire passer sur l'Assurance Maladie me semblerait être quelque chose d'intéressant, y compris pour les « boutiques » si, et je reviens à mon propos de tout à l'heure, le politique fait un pas en avant pour réfléchir à ce qu'il entend quand il parle de soins, et là il va falloir que les élus sortent un petit peu de leurs fausses factures et de leurs magouilles et qu'ils définissent toute leur bonne foi. Qu'est-ce qu'ils entendent par soin ?

*Rires*

### **Martine LACOSTE**

Merci Eric, il n'y a quand même pas que ça parmi les élus, mais bon. Ces questions se posent.

Il est 16h00, on a deux choix qui s'offrent à nous. Le premier, on reprend les trois thèmes et on synthétise avec l'aide de Patrick, les points que l'atelier souhaite voir ressortir dans la plénière au moment où il va faire le rapport, première possibilité, on se met d'accord sur un certain nombre de choses par rapport aux propositions/réflexions.

Ou bien on va un tout petit peu plus loin, parce qu'effectivement, il y aurait eu sur la question du cadre deux autres points, à savoir : **« Est-ce qu'un centre de soins peut être aussi une « boutique » et/ou est-ce que les « boutiques » doivent être généralistes ou est-ce que ça a un intérêt le signifiant toxicomanie ? »**

Est-ce que ça donne un plus sur le plan de la rencontre avec les gens, de la place dans la cité, des possibilités de remonter les besoins ? Je crois que ça aussi, c'est peut-être une question . On a quand même dit dans les propositions/réflexions que l'on souhaite être assez rapidement informé ou qu'on souhaite pouvoir travailler sur : **« Les « boutiques » sont-elles intégrables dans le loi 75 ? »**, et qu'il y ait peut-être une commission de travail avec quelques...

...

### **Participant**

... En plus il y a une très grande réticence de la part de tout le corps professionnel, qu'il soit infirmier ou médical à vouloir s'occuper de ces gens là de manière appropriée. Parce que s'en occuper en leur mettant une camisole chimique qui d'une part ne répond pas aux manques et à un vrai sevrage, ce n'est pas une réponse adaptée, c'est un palliatif, c'est rien, c'est même criminel à la limite. A ce niveau là, d'une part, poursuivre le programme de Subutex® d'une manière systématique, je pense que c'est essentiel et indispensable, d'autre part, ce qui me semble aussi nécessaire, c'est d'avoir une réflexion rapide, il ne faut pas mettre ça pendant dix ans en chantier, sur, comment faire évoluer le soin psychiatrique de manière à l'adapter à la réalité d'aujourd'hui, parce que des grands hystériques ou des grands délirants, il n'y en a plus. Par contre des toxicomanes qui souffrent de gros problèmes, ça il y en a de plus en plus.

### **Participant**

Moi, je voulais juste rebondir parce que j'ai le cas d'une personne que j'ai accompagnée il y a deux semaines en hôpital psychiatrique qu'on a rencontré à la « boutique ». Lui a eu « la totale », il sortait de prison, il s'est retrouvé en centre d'hébergement d'urgence et puis il était en difficulté. Actuellement, ça fait deux ou trois semaines qu'il y est. Il tient parce que moi je vais le voir deux fois par semaine. J'ai mis en place ce lien. Déjà je passe rassurer l'équipe médicale, c'est vrai que comme tu le dis, des toxicomanes, moins on en a, mieux on se porte. Donc j'essaie de venir, je ne fais pas grand chose, on va balader dans le parc, on discute un peu, on fait le point et j'essaie de maintenir ce lien, ça rassure l'équipe, ça rassure la personne. Bien souvent la personne est toute seule, elle se retrouve à l'hôpital psy, il y a pas grand monde qui vient la voir. Pour moi, la recommandation dans ce cas là, ça serait de **maintenir le lien**, de ne pas se débarrasser du gars et ... bon maintenant, il relève de la psychiatrie qu'il se débrouille. Je crois que quand on s'est engagé dans une relation, il faut continuer cette relation.

Par contre, moi ce qui me dérange, ce que j'ai remarqué, c'est le manque de différenciation. Les personnes qui ont des consommations de Subutex® ou des traitements plus importants, dès qu'ils ont fumé un pétard ou un truc comme ça, on les vire. Là il y a un gros travail à faire.

Moi je pense que le gars, en plus celui-là dans le cas précis, il ne boit pas d'alcool, il fume son « pète » de temps en temps. Je trouve qu'il faut **travailler sur la tolérance**. Là, on peut travailler sur le sevrage progressif.

**Participant**

Vous parlez de la psychiatrie. Moi je viens de Belgique, et je sais qu'en Belgique et dans les Pays Bas, la psychiatrie ne sert à rien pour les toxicomanes. Ce sont les services de psychiatrie qui envoient leurs toxicomanes dans des centres thérapeutiques qui sont adaptés pour aider des toxicomanes. Des fois, ils envoient des toxicomanes d'Italie parce que la psychiatrie ça ne sert à rien. En somme un toxicomane n'a aucun problème par rapport au psychisme, c'est plutôt quelque chose d'émotif, de sécurité intérieure et c'est là où on travaille dessus. Est-ce que ça existe en France ? (*dans le public, la réponse est non*). Il y a du travail à faire.

**Participant**

Moi, c'était juste pour rajouter quelque chose, justement au niveau de ces structures qui peuvent accueillir les toxicomanes qui veulent se sevrer. Avant d'être sur Bordeaux, j'étais dans le nord de la France, à Lille, où j'ai travaillé dans une structure d'addiction, au sens Nord Américain du terme, où on traitait des alcooliques, des toxicomanes, des anorexiques, des boulimiques.

En vous entendant parler tout à l'heure, je me suis dit que le secteur extra-hospitalier investi par les alcooliques n'était peut-être pas adapté pour nos patients. Nous on voit, dans notre pratique, dès qu'on a une cure ou quelque chose, on atterrit souvent, soit dans des services qui sont spécialisés au niveau de l'alcoologie, soit dans des services, dans les Pyrénées essentiellement, qui accueillent des toxicomanes pendant trois semaines, mais là se repose la question du partenariat où les gens sont formés en alcoologie exclusivement, ils ne connaissent pas les produits, ils ne connaissent pas les produits de substitution, la réduction des risques. Justement, est-ce que ça ne serait pas une articulation à mettre en place entre ces structures là qui sont déjà en place, qui ont déjà du personnel, du temps et une formation particulière et travailler avec eux. Moi, en tout cas, j'ai fait l'expérience de cette possibilité.

**Martine LACOSTE**

Nous avons dépassé 16h00. Je crois qu'on va pouvoir prendre une pause. Je vous remercie d'avoir participé à cet atelier toute la journée. Ce n'était pas forcément évident parce qu'on était beaucoup dans la salle. Je vous remercie d'avoir été un peu cadrés dans vos interventions, ça clarifie un peu le débat et je vous donne rendez-vous tout à l'heure pour la synthèse générale des quatre ateliers.

---

# PLENIÈRE

---

**Bruno TANCHE**

... les points forts et les recommandations rédigés. On va commencer par l'atelier numéro 1 « **Boutiques : étape ou finalité ?** », le rapporteur est monsieur Castagné. 5 minutes sur cet atelier.

**Michel CASTAGNE – ARIT – Bayonne**

Cet atelier a été très riche. Il y a eu beaucoup de débats, c'était un peu difficile de faire un tri dans les 6 et 7 points qu'on allait aborder parce qu'il y avait tellement de choses qui ont été dites. On a retenu, **le premier point**, l'évolution de la population qui est accueillie dans les « boutiques ». Le constat, de la plupart des « boutiques » présentes, des gens qui étaient là c'est **qu'on était de plus en plus confronté à des problèmes de précarité d'une part et d'autre part à des problèmes psychologiques, voire psychiatriques et que les sollicitations de ces usagers étaient de plus en plus complexes à traiter, de plus en plus difficiles et qu'elles obligeaient de plus en plus à un travail de partenariat avec l'extérieur**. Là, on est confronté à une difficulté de prise en charge et, quelquefois, à des personnes qui ne sont peut-être pas suffisamment formées ou suffisamment spécialisées sur ces questions là et donc à des prises en charge difficiles.

Dans le même ordre d'idée, il a été constaté qu'actuellement les usagers qui se présentaient dans les « boutiques » avaient à peu près intégré la notion de réduction des risques sur le plan sanitaire mais que les demandes étaient de plus en plus sociales et que les difficultés pour y répondre étaient des difficultés financières et que souvent les « boutiques » avaient peu de moyens pour y répondre.

**Le deuxième point** qui semblait extrêmement important, c'était sur **la fonction d'accueil** dans les « boutiques » et l'ensemble de l'aspect humain dans cet accueil, le fait que certaines « boutiques » constataient qu'il y avait une nécessité extrêmement importante à ce qu'il y ait une écoute et une aide qui soient apportées aux personnes qui se présentaient et que la façon des les recevoir ne devait être en aucun cas « jugeante », qu'il devait y avoir beaucoup de neutralité, beaucoup d'humanité dans l'accueil qui était proposé. **L'accueil, « doit permettre une pause avec l'univers de la rue et avec la violence de la rue »**. Il me semblait qu'il était important qu'effectivement, le lieu d'accueil s'il avait forcément une fonction de cadre, devait malgré tout être aussi, un lieu apaisant.

**Le troisième point** c'était par rapport **aux demandes sociales** qui étaient formulées, **une nécessité d'accompagner ces demandes et une nécessité d'orienter des usagers vers d'autres services**. On a eu un échange long sur les moyens mis en place par les uns et les autres, les carnets d'adresses, les stages qui devaient permettre de mieux connaître d'autres services, de travailler plus en relation avec d'autres services. Ce qui était mis en avant assez souvent, **c'était la difficulté de faire ce travail par manque de temps, par manque de moyens**.

**Le quatrième point**, c'était **la question du voisinage**, les difficultés que peut éprouver le fonctionnement des « boutiques » par rapport à l'ensemble du quartier et aux troubles réels ou supposés qui peuvent provoquer dans ces quartiers. Un des points était **d'essayer d'avoir des pratiques de réunions relativement régulières avec les habitants ou l'environnement de la « boutique » afin d'éviter des prises de position négatives, les pétitions, etc. dans l'entourage de la « boutique »**. Plusieurs intervenants faisaient remarquer qu'on était trop pris par la pratique, qu'on avait peu de temps pour faire ce travail là, que c'était extrêmement dommage et qu'il fallait faire un choix, que la pression c'était les usagers qui la mettait à certains moments, plus que le voisinage.

**Un cinquième point**, c'était le constat de « boutiques » qui avaient été ouvertes avec des financements de type « boutiques » dans des petites villes ce qui semble t-il n'était pas justifié, que l'indication aurait été de créer des C.S.S.T. plutôt que des « boutiques ». Effectivement la question de la répartition des crédits entre C.S.S.T. et « boutiques » sur des petites communes ou petites villes qui ne sont actuellement pas dotés de C.S.S.T. et qui en ont besoin parce que les gens ont des demandes. On a ouvert des « boutiques », ce n'est peut-être pas le bon choix. Il y a eu un débat sur la **législation** et sur l'importance de la législation actuelle et de **la difficulté qui peut avoir avec une législation qui interdit l'usage et la distribution, l'échange de seringues qui effectivement l'incite ou l'autorise**. Il y a eu tout un débat là-dessus qui est venu très fréquemment sur les difficultés qui étaient posées par rapport aux « boutiques ».

Un autre point était celui de **la parité au sein des équipes** parce qu'il semblait, qu'effectivement les usagers puissent être accueillis soit par des travailleurs sociaux, des intervenants en toxicomanie, soit par des anciens usagers.

Enfin était mis en évidence, tout à fait à la fin, **le problème de la délivrance ou de la non délivrance du Subutex® dans les maisons d'arrêt** et des personnes qui à l'extérieur avaient une prescription de Subutex® et pour lesquelles, au moment de l'incarcération, l'arrêt de la prescription à la maison d'arrêt, était tout à fait préjudiciable à leur situation.

**Bruno TANCHE**

Merci, l'atelier numéro 2 qui était : « **Quels projets pour quels publics ?** », et c'est Monsieur Boulanger qui rapporte.

**Michel BOULANGER – Le Pélican - Chambéry**

**Quels projets pour quels publics ?** L'atelier avait lieu ici avec une cinquantaine d'intervenants très divers, avec une richesse d'échanges, une richesse de situations que je tiens tout de suite à mettre en avant.

On a réfléchi autour de deux idées, d'un côté le public, **l'évolution du public** mais aussi de l'autre côté **l'évolution des réponses**.

Le constat de départ, c'est quand Jean-Marc Arbiol qui est présent dans la salle est intervenu en préliminaire et qu'il nous a parlé du travail qu'il fait sur Clémence Isaure depuis déjà plusieurs années. Il nous a expliqué comment **le sida comme urgence sanitaire**, dans un contexte de prohibition qui est celui de la loi de 1970, a amené les premières « boutiques » à se mettre en place et a amené à **s'occuper de toxicomanes qui n'étaient pas demandeurs de soins**. Ce que j'ai remarqué à travers cet exposé introductif, c'est comment Jean-Marc mettait en avant cette question du sida mais comment après dans les débats le mot de sida était relativement peu employé. Il était peu employé, pas parce qu'on a pas une préoccupation les uns et les autres de cette maladie infectieuse mais parce que au fil de la pratique des « boutiques », on s'est rendu compte que ce qui est en jeu, c'est une approche plus globale. On s'est rendu compte que ce n'est pas uniquement la question d'une maladie virale, mais **qu'on est plus dans une approche globale en santé publique mais aussi dans un processus d'inscription sociale ou de santé communautaire et que les deux aspects nous semblent importants à souligner quant au devenir des « boutiques »**.

Concernant les publics, ce qu'on a pu remarquer, c'est qu'au départ les publics des « boutiques » étaient essentiellement des publics injecteurs, et que peu à peu il y eu une ouverture à d'autres publics, à la fois des personnes toxicomanes mais par voie non injectable, mais aussi d'autres consommateurs de produits toxiques. On a commencé à parler de consommateurs d'ecstasy, d'autres publics comme les voyageurs, les gens qui fréquentent les rassemblements festifs. On a commencé à parler des autres produits licites comme l'alcool qui est quand même majoritaire dans le public que la plupart d'entre nous voyons, aussi comme le cannabis. On a commencé à parler de l'ensemble des polyconsommations auxquelles sont confrontés, de plus en plus, les gens dont on s'occupe. Ce qui est apparu, c'est que si sur le public qui fréquente les « boutiques », il y a moins de personnes qui s'injectent, celles qui s'injectent, s'injectent plus fréquemment, de façon plus importante et particulièrement le Subutex®. Donc il y a cette **idée d'autres publics**, avec des publics qui sont **des publics précarisés**, avec des publics qui ont été cités aussi, de jeunes abuseurs, des abus de différents produits, ce qui pose la question de nos actions qui sont à mi-chemin entre prévention et réduction des risques. Dans les publics cités, il y a aussi les publics femmes, les actions spécifiques qui peuvent être effectuées auprès de ces publics.

Donc un **premier point, évolution des publics, diversification des publics**.

**Deuxième point, l'évolution des réponses, la diversification des réponses.** Le débat a porté sur la substitution. Pour beaucoup il y avait un consensus sur la méthadone, en tout cas ça n'a pas trop été évoqué. De façon consensuelle, le débat a été posé sur le Subutex®, très satisfaisant pour certains. Pour d'autres par contre, le Subutex® n'a pas réduit les risques, parfois il les augmente aussi.

La substitution est-ce que ça doit se réduire à la méthadone, au Subutex® ? Beaucoup on milité pour **une substitution injectable**, c'est-à-dire qu'on ne pense pas seulement à la seringue, sachant que la plupart des personnes vont s'injecter le Subutex®, mais qu'on pense aussi à un autre mode de substitution. C'est vrai que plusieurs d'entre nous ont beaucoup regretté cet entre deux dans lequel on est, qui est encore hypocrite, qui est encore lié à la loi de 1970, qui est encore lié à la prohibition, par rapport aux usages de drogues. Cette question est posée, évolution de la substitution, substitution injectable, **question de la loi 1970** que certains d'entre nous interrogent depuis des années.

Deuxième point, **les pathologies psychiatriques**. C'est évident que de plus en plus les personnes reçues dans les « boutiques » sont dans des comportements qui sont plus d'ordre psychiatrique et qu'on se rend compte qu'à cet endroit, les réponses qu'on peut faire sont limitées. Il y a une nécessité, soit de **renforcer le partenariat avec la psychiatrie hospitalière**, soit à l'intérieur même des « boutiques » de promouvoir aussi des réponses grâce à **la présence de psychiatres qui a été évoquée, grâce à la présence d'infirmières psychiatriques, grâce à la présence également de psychologues**. En tout cas c'est une constante aujourd'hui, de plus en plus de situations psychopathologiques. **Le partenariat**, je l'ai évoqué **par rapport** au monde de la psychiatrie, je l'évoque aussi par rapport **aux services sociaux**. C'est vrai que l'objectif c'est aussi **que les personnes aient accès aux soins, aient accès aux minima sociaux**. Un certain nombre d'entre nous ont regretté que ce ne soit pas encore le cas et qu'il n'y ait pas

moyen aussi d'amener les gens, réellement, dans des démarches de soins, dans des démarches d'inscription sociale.

Le point reste posé, **vers quel type de « boutiques » il faut aller ?** On a eu l'expérience de situations diverses, de « boutiques » pour toxicomanes, de « boutiques/solidarités », c'est-à-dire dans des espaces sociaux où on accueille les publics précarisés. Il nous semble en tout cas qu'il convient de **développer des modèles qui puissent être différents**, qui puissent être **adaptés aux différents contextes**, qui puissent accueillir aussi des publics polyconsommateurs avec toutes les questions derrière qui sont posées, **de rapprochement avec l'alcoologie**, également d'un **partage de culture et de savoir-faire ensemble**. Ce que j'ai essayé d'expliquer c'est que par rapport aux évolutions des « boutiques » aujourd'hui, ce qui est en question, c'est plus d'être à la fois dans la diversité, dans la réactivité, par rapport aux besoins qui sont rencontrés sur le terrain. Si on a affaire à des publics usagers de toxiques qui sont très différents, il faut également qu'on soit dans des **protocoles de recherches, notamment de recherches épidémiologiques ou à caractère ethnographique pour essayer également de saisir quels sont ces populations**.

Un dernier point pour conclure, j'ai été très étonné, très content des débats de la journée et de tous les savoir-faire des différents collègues des « boutiques ». Je pense que l'évolution des « boutiques » ne peut s'appuyer que sur ces savoir-faire, des savoir-faire qu'il faut consolider, consolider avec des moyens, avec de la formation, qu'il faut consolider en s'assurant que les équipes soient vraiment pluridisciplinaires.

#### **Bruno TANCHE**

Pierre, sur **les usures**, 5 minutes.

#### **Pierre PRUAL – SO DI - Marseille**

L'usure, ça a avoir avec le coût de l'argent. On ne fera pas de jeu de mot là-dessus. Le deuxième jeu de mot, c'est qu'on était dans la salle de Planier. Planier pour ceux qui ne connaissent pas et qui ne sont pas Marseillais, c'est une petite île en face de Marseille, enfin c'est dans la rade de Marseille avec un grand phare qui est le repère de tous les marins pour s'approcher des côtes marseillaises. Donc on a été sous la lumière du phare de Planier pendant toute la journée.

Je peux vous dire qu'on a été entouré par des discours qui allaient un petit peu dans tous les sens sur la question de l'usure et que c'était un petit peu difficile pour l'animateur que je remercie d'avoir animé cet atelier en tout cas fort riche, fort dense. Ça allait un peu dans tous les sens mais tout le monde s'est exprimé avec intensité, virulence sur la question de l'usure.

On est parti sur quatre thèmes et d'emblée j'en ai supprimé un, c'était le premier, c'était **l'usure des usagers**, le deuxième **l'usure des équipes** et le troisième **l'usure du voisinage** et le quatrième c'était **l'usure des « boutiques »**. J'ai dit gentiment que c'était ailleurs que ça se débattait et qu'il y avait deux autres ateliers, donc on a pas travaillé le quatrième. On était parti un petit peu sur les usures générales de ce dispositif. Je ne vous ferai pas les détails, parce que vraiment les discussions étaient très intéressantes et vous aurez les retranscriptions.

Sur la question des usures des usagers, toutes les questions étaient posées : **est-ce que l'utilisateur est usé d'être usager et d'être dans des institutions où il est considéré comme un usager ?**

C'était toutes les questions qui se posaient sur : **permettre aux usagers de participer un petit peu à cette organisation de vie qui leur est proposée, à ces services qui leur sont proposés** mais ça n'était que regarder par le petit bout de la lorgnette puisque tout était posé aussi sur la question de **la dimension de la santé communautaire** et de se questionner sur **qui, de quoi, qui est initiateur, qui est responsable de ces lieux ?** Est-ce que la question de l'usure des usagers n'est pas liée uniquement au fait que le contrôle du travail des professionnels se fait par les professionnels et pas non plus par les usagers ? Peut-être cette question sous-jacente est importante, en tout cas, elle reste à travailler. Je ne dirai pas tout les débats qu'on a eu sur cette question là, parce que vous imaginez bien que ça a été complexe et intense.

L'usure a été posée, bien évidemment, à propos **des durées de fréquentation des ces lieux**, « boutiques » ou Sleep'in, des gens qui reviennent, qui viennent pendant deux ans, quatre ans. Est-ce qu'un certain nombre n'ont pas besoin de cette durée de temps pour pouvoir évoluer ? D'autres se chronicisaient dans ces lieux et quelquefois, c'est un petit peu compliqué pour eux de s'en sortir parce qu'ils se sont installés. Ils ont aussi trouvé une dimension communautaire ou familiale et que c'est difficile pour eux d'en sortir.

La **nécessité du travail en réseau** était reposée à propos de cette question dans les préconisations. Sur l'usure des usagers, bien évidemment, la question de **l'accompagnement et de la transversalité** était aussi soulevée, en tout cas posée comme une nécessaire préconisation avec aussi la question de l'usure des rapports aux usagers mais dans les deux sens, pas uniquement du côté de l'usure de l'équipe.

En ce qui concerne **l'usure de l'équipe**, ça a été nettement plus technique, nettement plus prolix et tonique sur les questions **de manque d'effectifs**, sur les questions de **précarité de certains financements**, qui ont des financements d'une année, sur des contrats de travail précaires, sur la répétition, c'est-à-dire que **la question de l'usure, on l'a beaucoup liée à la question de la répétition dans les mécanismes**. La répétition des équipes était peut-être aussi liée au **manque d'innovations** mais avec **le nez dans le guidon, c'est difficile de se lancer sur des innovations** sans oublier que les innovations c'étaient aussi souvent la précarité au niveau financier.

**La nécessité des formations qualifiantes**, vous imaginez bien que c'est une question forte et que dans les préconisations ça ressort.

Sur le fait que, bien sûr, on a reconnu les uns et les autres, que ça soit dans le dispositif associatif ou au niveau des ministères, **les compétences sociales d'un certain nombre de personnes** qui interviennent et qui sont salariées dans ces lieux mais que la question de **la certification des acquis professionnels reste une nécessité**. On voit bien comment un certain nombre d'entre eux ont tenté de faire des formations mais que quelquefois, le niveau de base ne leur permettait pas d'acquérir ces niveaux de formation même si après tout, ils auraient pu avoir ces bases de compétence professionnelle.

On faisait aussi le lien avec l'histoire des postcures qui ont fonctionné dans l'histoire avec beaucoup d'anciens usagers qui eux aussi ont eu beaucoup de difficultés à se qualifier professionnellement, à avoir des diplômes. Ils sont restés dans ces lieux, ils n'ont pas pu évoluer dans leur parcours professionnel et trouver d'autres lieux dans lesquels ils auraient été certainement compétents, des C.H.R.S. peut-être pour y apporter leur expérience professionnelle.

La question de **la nécessité de la régulation des équipes**, de multiplier les temps de régulation des équipes, de diversifier les formes de régulation, de **la diversification du travail** a été posée. Quand vous êtes dans une « boutique » quelques heures ou dans un Sleep'in plusieurs heures par jour, que votre forme de travail est très ciblée, c'est un peu comme le travail à la chaîne. La diversification du travail, c'est-à-dire, travailler à l'intérieur du local mais aussi travailler à l'extérieur, dans un travail de proximité, diversifier les tâches afin que **la diversification donne d'autres potentiels, d'autres moyens de réflexion, d'autres moyens d'avancer**, dans son investissement professionnel et d'être moins ciblé sur : « Toutes les nuits je fais mon « machin » au Sleep'in, ou toute la journée ou toutes les après-midi je suis uniquement dans les quatre murs de la « boutique ».

Sur la nécessité de la transversalité, de tout ce qui peut être la diversification du travail, **l'accompagnement individuel, faciliter les déplacements et permettre aux usagers de quitter ce dispositif pour aller vers des dispositifs de droit commun**.

On a beaucoup mélangé, c'est pour ça que c'était compliqué, l'usure des usagers et l'usure des équipes, et de lier les deux choses, parce que les prestations, les liens entre les prestations étaient fondamentaux.

Troisième point, c'est **l'usure du voisinage**, sur lequel on a moins travaillé.

En tout cas, on a travaillé sur les questions de choix de site, sur **l'importance de déterminer le site**. On s'est posé de grandes questions mais c'était juste à la fin, très vite, sur : « Est-ce qu'il faut faire participer le voisinage au choix de l'implantation du lieu ? », et on a des exemples complètement différents. De manière générale, collectives, négatives, qu'on les fasse participer ou pas participer. En tout cas ce qui nous paraissait fondamental, c'était au-delà de la préparation de l'implantation, **la participation du voisinage à la résolution des nuisances qu'occasionnent l'implantation des « boutiques » et des Sleep'in**. J'ai lié un peu les deux parce qu'on connaît, on a fait un travail à ce niveau là sur Marseille. Vous en retrouverez des éléments sur la question de la résolution des nuisances, ça crée des nuisances, on le sait. Ce n'était pas la même chose avec les post-cure mais la nuisance d'une « boutique » ou d'un Sleep'in est tout à fait réelle, on ne peut que la reconnaître sur l'environnement, le tout c'est de voir comment, et de faire participer le voisinage à une amélioration, une résolution de ces nuisances dans un contexte global parce qu'il n'y a pas que l'implantation d'une « boutique » qui pose problème sur un quartier.

**Bruno TANCHE**

Merci Pierre, l'exercice était difficile.

Enfin Monsieur Favot, sur **les « boutiques » de demain**, que vont-elles être ?

### M. FAVOT – ACTES - Nice

Je vais essayer d'aller très vite, les « boutiques » de demain, c'est un sujet très large. On a pas trouvé la « boutique » idéale de demain mais on a essayé d'aborder ce sujet sur trois thèmes. **D'abord la réduction des risques** bien évidemment, **les « boutiques » devraient permettre d'aller plus loin, mieux, autrement, y-t-il une limite dans l'implication dans la réduction des risques ?** Aller plus loin, aller plus près des usagers, on a parlé bien évidemment de **la question de la substitution injectable, des salles d'injection, de la méthadone « bas seuil » et de la place des usagers dans les « boutiques »**. En terme de proposition, puisqu'il faut aller vite, on a balayé large au départ puisqu'on a parlé d'abord de l'harmonisation au niveau des réglementations, **regarder**, dans tous les cas, **ce qui existe au-delà de nos frontières. Essayer d'harmoniser un petit peu les pratiques au niveau de chaque pays.**

On a parlé aussi, de **renforcer le travail en réseaux.**

On a parlé, même si on était pas tous persuadé de ça, de l'utilité face au dégâts liés à l'injection de Subutex® de **l'utilité de mettre en place une substitution injectable, ce qui ne va pas sans, pour la plupart d'entre nous dans l'atelier, la mise en place de salles d'injection.**

On a reparlé aussi de la nécessité, compte tenu de la disparité géographique des implantations de « boutiques », de **développer de nouvelles « boutiques », avec plus de moyens aussi pour les « boutiques » qui existent** parce que le coût moyen d'une « boutique » est évalué à 1,3 million.

On a parlé aussi de **pouvoir aller à la rencontre des nouveaux usagers qui consomment notamment l'ecstasy, des nouvelles drogues, donc de pouvoir mettre en place dans les « boutiques » le « testing »**, non pas en tant que label de qualité mais pour pouvoir, comme sur les « raves », entrer en contact avec ces publics, dans le but d'en parler et de rencontrer ces personnes et de faire passer des messages de prévention.

Dans un deuxième temps on a parlé de la réduction des risques en amont, donc de pouvoir **faire reconnaître le savoir-faire et le savoir-être des professionnels qui travaillent dans les « boutiques »**. Cette reconnaissance pouvant permettre d'aller vers d'autres publics.

Au niveau des propositions, on a redéveloppé le concept de **dispositif d'équipes mobiles, de la mise en place d'accompagnement physique des personnes.** Ce qui nous paraît indispensable **pour permettre aux usagers d'accéder aux structures** qui peuvent les accompagner, les aider.

Développer aussi l'idée de **partager des projets communs**, pouvoir permettre de **transmettre ces savoir-faire et des savoir-être autour de la mise en place de projets communs, renforcer aussi la formation des professionnels, médecins, infirmiers** etc.

On a vu l'utilité de cela lors du passage de stagiaires dans les différents lieux d'accueil pour toxicomanes. Enfin, quand on a souhaité parler du cadre, on a eu pas mal de difficultés à cerner ce cadre. On s'est posé beaucoup de questions sur le cadre : quel cadre on propose aux gens ? Donc là on est bien sûr revenu plusieurs fois et de manière transversale sur **la loi de 70** qui posait problème à l'ensemble des personnes qui étaient là, **qui met les intervenants dans des paradoxes difficilement acceptables.** On voulait surtout insister aussi sur la proposition de **parité à maintenir entre le social et le soin.**

On a beaucoup parlé du soin et du rattachement éventuel à la loi de 75, qui concerne le financement prochain des « boutiques ». Là on souhaitait avoir plus d'informations avant de pouvoir faire des choix, se positionner. Toujours est-il que ce qui nous paraissait important c'est de **garder l'idée de prendre soin des personnes donc pour privilégier à la fois le social et le soin somatique.**

Un souhait aussi de **demander aux politiques de se positionner sur le soin**, c'est revenu très fort à des moments du débat.

Un souhait aussi du groupe, c'est de **pouvoir de nouveau se rencontrer, avoir plus d'espaces de rencontres et de discussions** comme on a eu aujourd'hui, pouvoir se rencontrer de manière plus fréquente pour pouvoir redévelopper tous ces sujets.

### Bruno TANCHE

Merci, bien entendu il est hors de question de tirer les conclusions de ce travail. Je partage votre frustration concernant les quelques pistes de transversalité qu'on a pu entendre, et qui ne peuvent être exploitées tout de suite. On en a ni le temps, ni les moyens mais on va s'efforcer de faire ce travail ultérieurement. J'espère que cette journée aura contribué au partage du savoir, à sa capitalisation et puis comme ça a été dit, plus simplement à ouvrir un espace de parole. Je voudrais simplement rajouter un point qui m'est plus personnel, j'ai tout à fait conscience de vous avoir, en matière de « timing » et d'organisation, bousculé houpillé, par moment harcelé. Ce n'était pas du tout évident de tenir le pari de cette journée. L'avenir nous dira si, on a réussi.

Je veux tout particulièrement remercier la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie qui nous a rejoint dans des conditions difficiles, je parle des avions, ainsi que la Division Sida et les représentants des D.D.A.S.S. . Je suis convaincu que ce que nous avons évoqué les aura instruits et intéressés et je souhaite bien entendu que nous soyons entendus.

Enfin, hommage tout particulier à l'égard de l'équipe administrative et du secrétariat de l'A.M.P.T. qui a beaucoup travaillé aujourd'hui un peu dans l'ombre et sans lesquels cette journée n'aurait pas pu être réussie. Je vous remercie tous et je vous souhaite un bon week-end et à très bientôt.



---

# RECOMMANDATIONS

---

*Une Journée relative aux structures dites « Boutiques » a été organisée le 23 juin 2000 afin d'établir un bilan et dégager des perspectives de fonctionnement de ces services. Deux cent professionnels ont participé aux quatre ateliers de travail. Le texte qui suit constitue une tentative de synthèse des échanges de cette journée de travail. Il a été réalisé par les responsables et rapporteurs des différents ateliers ainsi que d'autres membres du Comité de Pilotage.*

## Préambules aux recommandations

---

Nous tenons à rappeler en préambule pour ne pas avoir à le répéter à propos de chacun des ateliers, les axes transversaux suivants :

1. Le contexte prohibitionniste pervertit le travail de Réduction des risques qui s'est inscrit de première intention dans une démarche de prévention de l'extension de l'épidémie à VIH auprès d'une population concernée par l'usage de produits IV, et la loi du 31/12/70 doit plus que jamais être révisée.
2. Le contexte sanitaire et sociologique des usagers a changé, et les moyens dont disposent les boutiques sont très largement insuffisants. Cette gestion trop tendue du dispositif altère ses capacités de changement, d'adaptation et d'innovation.
3. Le partenariat est évoqué très souvent comme une panacée, mais il importe de ne pas oublier qu'il nécessite lui aussi des moyens pour se créer et s'entretenir (personnel, temps ...).
4. La confrontation des pratiques au niveau national est indispensable, mais ne suffit pas pour faire évoluer le dispositif, des rencontres et des déplacements notamment européens devraient être plus fréquemment organisés.

## Recommandations

---

### ATELIER 1

Du constat de l'augmentation des pathologies psychiatriques et de la précarité chez les usagers de drogues, se dégage la nécessité de :

- ♦ pouvoir accompagner les usagers dans leurs démarches ;
- ♦ créer des équipes de liaison ou désigner des personnes référentes pour faciliter le passage des usagers des boutiques vers d'autres dispositifs ;

Du constat suivant, « dans certains lieux (petites villes) les boutiques sont les seules structures spécifiques destinées aux toxicomanes », émerge la proposition de :

- ♦ Créer préférentiellement des boutiques de type généraliste ou des boutiques rattachées à des CSST susceptibles de répondre à des demandes multiformes et à un public diversifié.
- ♦ Créer des structures expérimentales capables d'adapter le projet aux besoins avérés.

## ATELIER 2

Face aux constats de l'évolution :

- 1) des publics, leurs diversifications (confrontation entre usagers récents et usagers expérimentés, problèmes psychiatriques, précarités, misère physiologique et économique) ;
- 2) des pratiques (injecteurs ou non, consommations d'alcool, troubles du comportement, violences) ;
- 3) des demandes (moins de demandes de douches ou de seringues et plus de demandes de lien) ;
- 4) de la cohabitation difficile de publics d'où sont issues diverses nuisances.

Emergent les propositions suivantes :

- ♦ envisager de nouvelles pratiques de substitution dont la voie injectable,
- ♦ réfléchir sur les limites des boutiques qui sont à la fois des lieux d'accueil, d'écoute, de prestations et en même temps, ne peuvent pas tout régler toutes seules
- ♦ activer les partenariats et le « réseautage » dans 3 directions :
  - la psychiatrie institutionnelle (co-morbidités psychiatriques)
  - les services sociaux (minima vitaux)
  - l'alcoologie (échanges de pratiques/culture commune)
- ♦ favoriser les réponses communautaires ;
- ♦ travailler sur les représentations des problèmes liés à l'alcool chez les intervenants en toxicomanie et former les intervenants sur les spécificités des addictions multiples et aggravées par l'alcool ;
- ♦ mener des recherches sur les populations fréquentant les boutiques pour mieux les connaître et s'adapter à leurs demandes ;
- ♦ identifier les « boutiques » comme dispositif d'alerte du corps social.
- ♦ Envisager l'ouverture de nouveaux types de boutiques en fonction des besoins locaux et des populations (par ex : publics précarisés)

Loin de l'usure parfois redoutée, le savoir-faire, la richesse, la culture professionnelle sont unanimement reconnus d'où la nécessité de :

- ♦ reconnaître, conceptualiser, capitaliser et valoriser ce savoir spécifique ;
- ♦ augmenter mais aussi transférer à d'autres champs les expériences et les connaissances.

## ATELIER 3

Confronté à "l'usure des usagers usés d'être usagés" parfois chronicisés, il est évoqué sur le modèle de pratiques en vigueur au Royaume-Uni la possibilité de :

- ♦ limiter le temps de présence à l'intérieur des boutiques ;
- ♦ faire participer les usagers à des temps de régulation de l'institution où ils pourront exprimer leurs avis sur l'offre faite par la boutique et les modalités de son fonctionnement sous la forme de commissions régulières de concertation (comme dans le secteur médicosocial) ;
- ♦ inciter certains usagers à être promoteurs et porteurs de projets ;
- ♦ favoriser toute initiative pouvant donner une dimension citoyenne aux usagers.

Concernant l'usure de l'environnement :

- ♦ il est indispensable d'avoir une véritable stratégie d'implantation et de mettre en œuvre au cas par cas une méthodologie à définir en fonction du contexte. Ne pas s'interdire les conseils et le partage d'expérience des autres. La paix s'entretient et cet entretien nécessite des moyens en personnel ;
- ♦ il est également essentiel de mettre en avant les aspects positifs pour l'environnement de la boutique (présence médicale et paramédicale ... ) qui peut être un véritable partenaire du quartier
- ♦ mieux communiquer en valorisant la réduction des risques auprès de l'ensemble de la population.

Concernant l'usure des équipes :

- ♦ renforcer les équipes ;
- ♦ leur offrir des temps de formation et d'échange comme les "journées boutiques" ;
- ♦ favoriser la parité entre professionnels sociaux et usagers, en donnant accès à la formation ;
- ♦ qualifier les professionnels anciens usagers et proposer de valoriser les acquis professionnels ;
- ♦ diversifier le travail, en offrant les possibilités de travailler «dehors » ;
- ♦ systématiser les modalités de régulation d'équipe (supervision) et gérer au mieux le stress.

#### **ATELIER 4 :**

Face aux évolutions les plus récentes auxquelles sont confrontées les boutiques, il nous semble nécessaire que des propositions innovantes, même si certaines ne sont pas totalement consensuelles, puissent aboutir :

- ♦ tester les produits dans une perspective de sécurité et d'observation mais également pour faire venir d'autres usagers (« ravers » et « travellers »...) que ceux fréquentant généralement les boutiques,
- ♦ mettre en œuvre des programmes de substitution injectable ;
- ♦ expérimenter les salles d'injection ;
- ♦ pressentir et former des "usagers relais" ;
- ♦ pouvoir prendre en compte la dimension sociale et ne pas se restreindre à la dimension sanitaire de l'usage de drogues.

Face au constat de la précarité des financements qui handicape les professionnels et les empêche d'inscrire leurs projets dans la durée :

- ♦ mettre en place des critères d'attribution des financements plus clairs.

~ ~ ~

*Le temps trop court des discussions n'ayant pas permis de débattre de tout, le comité de pilotage émet un certain nombre de remarques complémentaires :*

- ♦ la possibilité de créer des lieux qui regroupent boutiques et centres de soins spécialisés semble une alternative à prendre en considération ;
- ♦ à partir de l'exemple des ateliers d'esthétique proposés généralement aux femmes, les boutiques devraient pouvoir organiser plus d'ateliers occupationnels pour les usagers, autant pour les hommes que pour les femmes ;
- ♦ la mise en œuvre de travaux de recherche pour mieux comprendre la question de la chronicisation des usagers est largement souhaitée.

---

# **ANNEXES**

---

**Liste des membres du Comité de Pilotage**

**Liste des participants par ateliers**

**Communiqué de l'association « Ruptures »**

**Programme de la Journée**

## MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Monsieur AOULA	CEID	BORDEAUX
Monsieur BOULANGER	LE PELICAN	CHAMBERY
Monsieur CASTAGNE	ARIT	BAYONNE
Monsieur FAVATIER	ASUD	NIMES
Monsieur FAVOT	ACTES	NICE
Madame FORTERRE	AMPT	MARSEILLE
Monsieur FREGINE	AXESS	MONTPELLIER
Madame LACOSTE	Association Clémence Isaure	TOULOUSE
Monsieur MONIER	Accueil Joie Espoir	GAP
Madame POUGET	Accueil Info Drogue	CARCASSONNE
Monsieur PRUAL	SOS Info Drogue	MARSEILLE
Madame QUET	Pause Diabolo Association le Mas	LYON
Monsieur SANTUCCI	AMPT	MARSIELLE
Monsieur TANCHE	AMPT	MARSEILLE

## LES PARTICIPANTS

Atelier n° 1 : Etape ou finalité ?

Madame Joelle ANTONUCCI	FOYER DU MAY	TOULOUSE
Madame Jacqueline ARNAUD	CPCAM 13	MARSEILLE
Madame Yamina AYAT	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Madame R. BOGIAN		
Monsieur Djamel BELAROCCI	Le PELICAN	CHAMBERY
M Loli BERNA LEROY	Circonscription du Centre	TOULOUSE
Madame Zoubida BERRACHED	ACTES	NICE
Monsieur Edwin BIME	ACCUEIL INFO DROGUE 11	
Monsieur Smaïn BOUKHALEF	AVAPT	AVIGNON
Madame Marion BRUNE	AIDES LANGUEDOC CEVENNES	NIMES
Madame Sophie BURKHARDT	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Delphine CASCIO	CRIPS PACA	MARSEILLE
Monsieur Michel CASTAGNE	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Monsieur Jean-Marc CHATELAIN	AIDES AUVERGNE	CLERMONT FERRAND
Madame Rose-Marie CHIFFRE	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Monsieur Michel COLLS	ACTIS PÔLE	ROANNE
Monsieur Gilles COUTAREL	CDPA	MOULINS
Monsieur Bernard DELPY	Clémence Isaure	TOULOUSE
Monsieur Jérôme DEVESSE	Centre LOGOS	NIMES
Monsieur Philippe DOUGUET	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Monsieur Daniel DUBRAY	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Monsieur Jeff FAVATIER	ASUD	NIMES
Madame Sandrine FEUGERE	AXESS	MONTPELLIER
Monsieur Jean-Louis FREGINE	AXESS	MONTPELLIER
Madame Vanessa GAGLIARDO	ENTRACTES	NICE
Madame Caroline JALFRE	AVAPT	AVIGNON
Monsieur KUNEGEL	SOS DI	MARSEILLE
Madame Nathalie LABARTHE	AXESS	MONTPELLIER
Madame Dominique LACROUX	Intermède – Clémence ISAURE	TOULOUSE
Monsieur Eric LUNG	ASUD	BEUCAIRE
Madame MAGNAN	CODES	
Madame Anne-Marie MAISSA	Service Pénitentiaire Insertion Probation	NICE
Madame Nouara MAOUCHE	AXESS	MONTPELLIER
Madame Aravni MARANGOZIAN	Intermède – Clémence Isaure	TOULOUSE
Monsieur Xavier MARCHELIE	AMPT CAS	MARSEILLE
Madame Sylvie MAURICE	PAUSE DIABOLO	LYON
Madame Magali MIGONE	ENTRACTES	NICE
Madame Lilette PERRIER	PROTOX	MARSEILLE
Monsieur Philippe PIERRE	LA TREV'	VAUVERT
M Christel PRUD'HOMME	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Chantal QUET	PAUSE DIABOLO	LYON
Madame Anne-Cécile RAHIS	CEID	BORDEAUX
Monsieur Serge ROCHE	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Catherine RULLAUD	Réduire les Risques	MONTPELLIER
Monsieur Eric SAKOYAN	Centre LOGOS	NIMES
Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI	AMPT	MARSEILLE
Monsieur Michel SPADARI	CAP	MARSEILLE
Mademoiselle Pascale TARDITS	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Dominique TERRAK	ENTRACTES	NICE
Madame Claire THIERRY	AXESS	MONTPELLIER
Monsieur Olivier THOMAS	AMPT CAS	MARSEILLE
Monsieur Mami TIMRICHT	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Madame Sylviane TOULZET	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Monsieur Yan VILLARS	ASUD	NIMES

## LES PARTICIPANTS

Madame Jocelyne ABONDANCE	Le PELICAN	CHAMBERY
M Salah AGGAL	SOS DI Sleep'in	MARSEILLE
Monsieur Jean-Marc ARBIOL	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Madame Nathalie BARRY	Centre LOGOS	NIMES
Madame Yvonès BELBEY	PAUSE DIABOLO	LYON
Monsieur Olivier BOIRON	PÔLE 13	MARSEILLE
Monsieur Daniel BOMBERT	ARCHAOS	TOULON
Madame Sylviane BORDEU	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Monsieur Michel BOULANGER	Le PELICAN	CHAMBERY
Madame Anne-Marie BRIEUDE	L'ELF	AIX EN PROVENCE
Madame Anne BRUSQUET	DDASS 83	TOULON
Madame Marie CAPELLAN	AIDES PROVENCE	GAP
Monsieur Michel CARATTI	ENTRACTES	NICE
Madame Muriel CHÂTEAU	ENTRACTES	NICE
Madame Claire CHAUCHON	EQUIPE MOBILE PSY VIH	MARSEILLE
Madame Mireille CHAZELLE	ACTIS PÔLE	SAINT-ETIENNE
Monsieur Jamel CHIDEKH	AIDES LANGUEDOC CEVENNES	NIMES
Monsieur Yves COSSON	ARIT	BIARRITZ
Monsieur Alexandre DAMIENS	AIDES AUVERGNE	CLERMONT FERRAND
Madame Cybèle DEANGELIS	D.D.A.S.S. 30 GARD	NIMES CEDEX
Madame DE SEVERAC	Centre Casonava SOS DI	MARSEILLE
Monsieur Michel DHEUR	ASCODE	PERPIGNAN Cedex
Madame Danielle DHEUR	ASCODE	PERPIGNAN Cedex
Madame Monique DOUGUET	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Laurence DUPRAT	CEID	BORDEAUX
Madame Marie Hélène FRICHEMANN	SOS DI Sleep'in	MARSEILLE
Madame Marjorie GARCIA	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Madame Aude GASQUEZ	Le TIPI	MARSEILLE
Monsieur DJAWAD GUERROUDJ	MEDECINS DU MONDE	MARSEILLE
Monsieur José HARO	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Madame Céline JEROME	ACCUEIL JOIE ESPOIR	GAP
Monsieur Bruno KELLER	Entracte	NICE
Monsieur Abdelsalem KORICHI	PROTOX	MARSEILLE
Madame Maritxu LABEGUERIE	ARIT	BIARRITZ
Madame Nicole LABROSSE SOLIER	Division Sida – DGS	PARIS
Madame Françoise LAXAGUE	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Monsieur Christophe LEBRUN-DAMIENS	ASUD	NIMES
Monsieur Nicolas LEMIRE	AIDES AUVERGNE	CLERMONT FERRAND
Madame Roselyne MARIANI	DDASS HAUTE CORSE	BASTIA
Madame Any MARS	COLLEGE COOPERATIF	SOLLIES PONT
Madame Joëlle MONTIGNY	DDASS 84	
Madame Annie ORTIZ	Direction Solidarité Santé	AJACCIO Cdx 1
M Dominique PASQUIO	ALTER EGO	GAP
Madame POUGET	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Madame Anne RIVIERE	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Docteur Brigitte ROQUE	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Jérôme SANCHEZ	BIZIA	BAYONNE
Madame Marie Anne SANQUER	DDASS 13	MARSEILLE
Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI	AMPT	MARSEILLE
Madame Sandrine SAUX	ARSA	BIARRITZ
Monsieur Eric SAVRY	ASUD	NIMES
Madame Clémence SELLINCOURT	Centre LOGOS	NIMES
Monsieur Bruno TANCHE	AMPT	MARSEILLE
Madame Tina TORE	TOTEM ET TABOU	TOULON
Monsieur Philippe VERNON	CEID	BORDEAUX
Madame Rabia VERRI	MEDECINS DU MONDE	LYON
Madame Marie-Josée VEZOLLES	DDASS 06	NICE CEDEX 3
Madame Marie-Christine ZIMMERLIN	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Monsieur Etienne ZURBACH	AMPT PREVENTION	

## LES PARTICIPANTS

Atelier n° 3 : USURES

Monsieur Saïd AOULA	CEID	BORDEAU
Madame Valérie BENELMADJAT	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Madame Odile BERNADO	PAUSE DIABOLO	LYON
Monsieur Rachid BOUMEDINE	TOTEM ET TABOU	TOULON
Monsieur Pierre BOUQUET	CDPA / CCAA	Le Puy en Velay
Monsieur Robert CAMPINI	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Monsieur Sad Eddine DERRAS	AIDES	NIMES
Madame Mylène FRAPPAS	MISSION SIDA TOXICOMANIE	MARSEILLE
Madame Paule GASTINEL	DDASS 13	MARSEILLE
Monsieur Christophe GILARD	ASUD	NIMES
Monsieur Dominique GILLES	SOS DI	MARSEILLE
Monsieur Jean-Paul GONOD	Centre LOGOS	NIMES
Madame Anne Frédérique GRANGE	Le PELICAN	CHAMBERY
Madame GUILBERT	AIDES MIDI-PYRENEES	TOULOUSE
Monsieur Yannick GUILLOUET	C.S.S.T. Hôpital St Roch	NICE
Monsieur Guy HENGEN	CCPD	BORDEAUX
Monsieur Eric HERRERA	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Monsieur Jawad HIMI	La CANTINE SAVOYARDE SOLIDARITE	CHAMBERY
Madame Sandrine ILIEFF	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Michelle LUCAS	PAUSE DIABOLO	LYON
Madame Lynda MARSONI	AMPT	MARSEILLE
Monsieur François MONIER	ACCUEIL JOIE ESPOIR	GAP
Monsieur Sébastien PARNEIX-OLLIER	Centre LOGOS	NIMES
Monsieur Maurice PILLOUD	AUTRES REGARDS	MARSEILLE
Monsieur Pierre PRUAL	SOS DI	MARSEILLE
Madame Maria RAYA	REDUIRE LES RISQUES	MONTPELLIER
Madame Mireille REDON	LA VATARELE	MONTPELLIER
Madame Christine SEGUY	MEDECINS DU MONDE	NICE
Madame Marie France SORTAIS	ARCHAOS	TOULON
Madame Christine SUSJIBERT	AVASTOFA	TOULON
Madame Annie TOSETTI	ENTRACTES	NICE
Monsieur François VAILLANT	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Philip WILDAY	La GALLOPAZ	CHAMBERY

## LES PARTICIPANTS

Monsieur Georges ALVADO	DDASS 64 PYRENNEES ATLANTIQUES	PAU
Madame Jocelyne ARDITTI	CAP	MARSEILLE
Monsieur Jean-Luc ARNAUD	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Madame Sylvie ARSENE	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Monsieur André BARTHE	ACCUEIL INFO DROGUE	CARCASSONNE
Madame Anne-Marie BEAUSSOLEIL	TARN ESPOIR	CASTRES
Madame Françoise BELINGARD DEYBACH	MILDT	PARIS
Monsieur Philippe BERNARD	TOTEM ET TABOU	TOULON
Monsieur Pierre BROUSSE	Arc en Ciel	MONTPELLIER
Monsieur Patrick CAPOZZI	Le TIPI	MARSEILLE
Monsieur Jean-Marc CARBOUE	AIDES 04 PROVENCE	DIGNE LES BAINS
Monsieur Véronique CAZALY	AIDES PROVENCE	AVIGNON
Monsieur Jean CECCONELLO	AIDES	GRENOBLE
Monsieur Francis CHARPENTIER	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Monsieur Jacques CHAUVIN-DESFLEURS	CSST – ANAT	CLERMONT FERRANT
Madame Colette CHERKI	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Madame Elisabeth DI LEO	SOS DI Sleep'in	MARSEILLE
Monsieur Philippe DOUGET	Association Réduire les Risques	MONTPELLIER
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	AXESS	MONTPELLIER
Madame Sylvette DUPUY	CEID	BORDEAUX
Monsieur FAVOT	ACTES	NICE
Mademoiselle Chantal FORTERRE	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Bernard FOURNIER	PAUSE DIABOLO	LYON
Monsieur Jean-Louis FREGINE		MONTPELLIER
Monsieur Patrick GARRABE	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Mademoiselle Caroline GASIGLIA	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Dominique GOOSSENS	Association l'ELF	AIX EN PROVENCE
Monsieur Brice HURE	ARCHAOS	TOULON
Monsieur Eric KERIMEL DE KEVERNO	AUTRES REGARDS	MARSEILLE
Madame LACOSTE	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
M Dominique LACROUX	Clémence Isaure INTERMEDE	TOULOUSE
Monsieur Christian LAINE	BEARN TOXICOMANIES	PAU
Monsieur Yann LE GOFF	Drogue Info Service	MARSEILLE
Mademoiselle Naget LECHELAH	AXESS	MONTPELLIER
Monsieur Michel LEMONNIER	Centre LOGOS	NIMES
Madame Joëlle MANIGNAL	Le TIPI	MARSEILLE
Monsieur Alain MARTIN	AXESS	MONTPELLIER
Madame Dalila MEKHALFA	AIDES PROVENCE	TOULON
Madame Aicha MIMOUN	ENTRACTES	NICE
Mademoiselle Noria NADJEM	AMPT TRANSIT	MARSEILLE
Monsieur Fabrice PROVOST	SOS DI	NICE
Madame Dominique REINOSA	MISSION SIDA TOXICOMANIE	MARSEILLE
Monsieur Hervé RICHAUD	AIDES PROVENCE	MARSEILLE
Madame Valérie ROCHE	AIDES	NIMES
Monsieur Serge ROCHE	Réduire les risques	MONTPELLIER
Monsieur Otto Werner ROSENBAUM	La GALOPPAZ	CHAMBERY
M Alba ROUERE	CDAG Hôpital la Corave	TOULOUSE
Monsieur Patrick TONNELIER	ARIT	BIARRITZ CEDEX
Madame Chantal VERNAY VAISSE	D.G.A.I.S.S.	MARSEILLE
Madame Françoise ZOROME-SIRIOUD	PAUSE DIABOLO	LYON

Atelier n°4 : Les boutiques de demain ?