



Mettre en place
 les **ACTIONS HORS-LES-MURS**
 des CSAPA et des CAARUD :

UNITÉS MOBILES, PERMANENCES,
 CONSULTATIONS AVANCÉES.



L'équipe de travail

PORTEUR DU PROJET

GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE (GRVS)

- > CATHERINE REYNAUD-MAURUPT, sociologue, conception de l'étude
- > EMMANUELLE HOAREAU, sociologue, chargée d'étude, rédaction du guide
- > RÉGINE PERELLI, retranscription des entretiens

COMITÉ DE PILOTAGE

- > Abdelka Boumansour,
Groupe PSA - SOS Solidarités
- > Pierre Chappard, Psychoactif
- > Laurène Collard, Fédération Addiction
- > Sad Addine Derras, Aides
- > Delphine Jarraud, ANPAA
- > Nathalie Joannard, DGS
- > Nathalie Latour, Fédération Addiction
- > Dr Alain Morel, Oppelia
- > Etienne Normand, Clémence Isaure
- > Catherine Reynaud-Maurupt, GRVS

PROFESSIONNELS MOBILISÉS

- > Arnaud Alexandre, CAARUD Sleep'In,
SOS Solidarités (Marseille)
- > Patricia Allindre, CSAPA/CAARUD Casanova,
SOS Solidarités (Marseille)
- > Élisabeth Avril, CSAPA/CAARUD Gaïa (Paris)
- > Pierre Barc, CSAPA/CAARUD CEID (Bordeaux)
- > Marie-Laure Beausoleil, CAARUD Tarn Espoir
(Castres)
- > Jean-Baptiste Blanchard, CAARUD Alia 49
La Boutik (Angers)
- > Marie-Pierre Buffard, CAARUD AVSEA
La Croisée (Épinal)
- > Sylvie Camil, CAARUD Asud mars say yeah
(Marseille)
- > Philippe Diederichs, CAARUD Tempo, Oppelia
(Valence)
- > Gilles Foucaud, CAARUD Axxess, SOS Solidarités
(Montpellier)
- > Christophe Fouques, CAARUD 14 (Caen)
- > Olivier Lemens, CAARUD Proses
(Saint-Denis et Montreuil)
- > Serge Longère, CSAPA/CAARUD Bus 31/32
(Marseille)
- > Eric Pleignet, CAARUD Tempo, Oppelia
(Valence)
- > Grégoire Poupin, CAARUD Alia 49 La Boutik
(Angers)
- > Caroline Prouvost, CSAPA Emergence et
CAARUD Lou Passagin, SOS Solidarités (Nice)
- > Guillaume Rasquin, CAARUD Cèdr'Agir (Lille)
- > Sarah Vinet, CAARUD Proses
(Saint-Denis et Montreuil)
- > Alexandra Willand, ANPAA CAARUD 89
(Auxerre)

RELECTURE

- > Laurène Collard, Fédération Addiction
- > Gilles Foucaud, CAARUD Axxess, SOS Solidarités (Montpellier)
- > Delphine Jarraud, ANPAA
- > Nathalie Joannard, DGS, Ministère de la Santé et des Solidarités
- > Dr Alain Morel, Oppelia
- > Catherine Reynaud-Maurupt, GRVS
- > Jean-Michel Tassié, DGS, Ministère de la Santé et des Solidarités

FINANCEMENT

Direction Générale de la Santé, MILDECA

CONCEPTION GRAPHIQUE Bernard Artal Graphisme

EMMANUELLE HOAREAU
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
en partenariat avec la Fédération Addiction

Mettre en place les ACTIONS HORS-LES-MURS des CSAPA et des CAARUD : UNITÉS MOBILES, PERMANENCES, CONSULTATIONS AVANCÉES.



JUIN 2019

« Aller vers » ...



Jean-Michel Delile,
Président de la Fédération Addiction

Cette démarche volontariste qui amène des professionnels ou des médiateurs-pairs à aller au-devant de personnes pour réduire les risques et les dommages (RdRD) liés à leurs usages ou à leurs pratiques, déborde largement aujourd'hui du seul champ de la RdRD, dont elle est issue, pour influencer positivement l'ensemble des stratégies d'accompagnement et de soins. Y compris dans le champ hospitalier avec le « virage ambulatoire et préventif » et la promotion des pratiques « hors-les-murs ».

Initiée au décours de l'épidémie de Sida qui décimait les usagers de drogues des années 1980, la RdRD vise à accepter et à recevoir les personnes comme elles sont^{(1)*}, sans préalable, sans exigence explicite ni même tacite d'une demande de soins en bonne et due forme... Même s'ils ne voulaient pas ou ne pouvaient pas arrêter leur pratique, les usagers de drogues ne souhaitaient pas pour autant mourir du Sida et acceptaient volontiers des moyens de s'en prémunir (matériel stérile d'injection, préservatifs, information...), plus dans une dynamique de prévention (non stigmatisante) que de soins.

L'idée générale est donc de partir de la demande et des besoins des personnes et non d'une offre de soins qui de surcroît risque de les enfermer dans un statut de « patient » dont, bien souvent, elles ne veulent pas et qui, de fait, risque parfois de les démobiliser dans leur propre dynamique personnelle.

Pour autant, même à bas-seuil d'accès, les établissements de type CAARUD et CSAPA ne reçoivent pas l'ensemble des personnes concernées, ce qui nécessite de développer des programmes mobiles qui peuvent aller au-devant d'elles. Bus d'échange de seringues, équipes de rue, « navigateurs-pairs », les expériences se développèrent avec succès et démontrèrent que ces approches n'étaient pas seulement utiles dans le champ des usages de drogues mais pouvaient permettre plus globalement de mieux répondre aux besoins de populations-clés, souvent stigmatisées et très à distance des dispositifs de soins : travailleurs du sexe, migrants, populations à la rue, jeunes en errance, sortants de prison, etc.

Ces populations ont souvent des vulnérabilités partagées (abandon, maltraitance infantile, violences, stress, traumatismes, adversité sociale...) et donc des traits d'impulsivité et de carences d'étayage qui peuvent les conduire à des parcours de vie chaotiques et à des prises de risque répétées, comportementales, addictives, sexuelles... Pouvoir les aider à réduire les risques et les dommages induits par ces conduites, sans les condamner ni vouloir les « soigner », sans les criminaliser ni les « pathologiser », est donc non seulement un enjeu majeur pour celles-ci mais aussi

* Les numéros renvoient à « Quelques références pour aller plus loin », page 71.

d'un point de vue de santé publique. C'est également cette dimension de réduction des inégalités sociales de santé ⁽²⁾, qui pousse les dispositifs à sortir de leurs murs et à aller vers les personnes les plus démunies.

Louable en soi, il faut cependant prendre garde à ce que cette dynamique ne transforme pas les acteurs en nouveaux agents de l'hygiène publique mais leur permette de s'inscrire dans un espace de rencontre, d'accompagnement et de construction d'un réel lien interpersonnel, sinon cela ne peut pas fonctionner... Être efficace nécessite donc partir des personnes, de leurs parcours et de leurs demandes et non, de nouveau, d'une attente ou d'une commande sociale, même légitime. C'est ainsi seulement qu'on peut permettre aux deux, finalement, de se rencontrer.

Alors, comment avancer ?

C'est justement l'objectif de ce guide, élaboré par le GRVS avec le soutien de la Fédération Addiction, à partir de la parole, de l'expertise et de l'expérience des acteurs de terrain qui construisent ces espaces de rencontre, hors des murs des établissements et de filières de soins trop structurées pour les accueillir. Piloté par un groupe de professionnels au prisme des attentes des personnes, cet ouvrage vise à ouvrir des possibilités de rencontre avec des actions « hors-les-murs » permettant de les rejoindre et de les accompagner dans leurs parcours de vie.

Son organisation en « cahier d'expériences » cherche à présenter les éléments-clés de la méthodologie d'un projet d'action « hors-les-murs » (questionnement initial, acteurs, principes d'accompagnement tels que l'inconditionnalité, domaines de compétences, environnement...) qui sont autant de conditions de faisabilité et de réussite permettant une rencontre avec les publics consommateurs de produits.

Il propose des pistes, explorées puis élaborées par des intervenants de toute la France, à partir de leurs questionnements et de ceux des usagers qu'ils rencontrent et parfois accompagnent. Quels besoins ont suscité l'action ? Comment construire un vrai diagnostic en fonction de la réalité et de la complexité des parcours de vie et des contextes ? Comment s'appuyer sur les réseaux d'usagers pairs pour monter une action ? Comment inclure les acteurs institutionnels, les partenaires des mairies ou des collectivités territoriales ? Quels principes, quelles ressources et quelles compétences mobiliser ?

Même s'il y a apparemment là quelque paradoxe, il s'agit donc d'un « guide pour sortir des sentiers battus » et partir vers l'inattendu de la rencontre, en dehors de la sécurité des parcours et des murs institutionnels. Nous espérons que ce travail collectif, avec toute la richesse des expériences rapportées, permettra de promouvoir et développer ces modalités nouvelles d'accompagnement. ■

Sommaire

« ALLER VERS » ...	3
POURQUOI PROPOSER CE GUIDE ?	7
> Un double enjeu	7
> Inspirer, appuyer, encourager	9
> La méthode : la concertation de professionnels de CAARUD et de CSAPA	10
1 LES POINTS CLÉS DE LA MÉTHODOLOGIE D'UN PROJET HORS-LES-MURS	11
2 QUELQUES PRÉALABLES SUR LA MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE	14
2.1 « ALLER VERS » ?	15
2.2 UNE MÉTHODE DE RECHERCHE-ACTION	15
2.3 UNE STRATÉGIE GLOBALE ET PAS-À-PAS	17
3 MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX AGIR : LE DIAGNOSTIC DES BESOINS	20
3.1 QUATRE TYPES DE DIAGNOSTIC	20
3.2 LES OBJECTIFS	21
> Identifier les besoins spécifiques sur le territoire	21
> Commencer à définir les modalités opérationnelles de l'action ou du dispositif	25
3.3 DIFFÉRENTES TECHNIQUES	27
4 S'APPUYER SUR L'EXPERTISE DES PERSONNES USAGÈRES	29
4.1 UN SAVOIR EN TROIS COMPOSANTES	29
4.2 DIFFÉRENTS BÉNÉFICES SELON LA PHASE DE DÉVELOPPEMENT DE PROJET	31
5 LE(S) PARTENARIAT(S) : COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES AUTRES STRUCTURES ET DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION RESSOURCE	33
5.1 LES PARTENAIRES POSSIBLES	33
5.2 LES OBJECTIFS	35
5.3 DÉCIDER UNE STRUCTURE À S'ENGAGER DANS UN PARTENARIAT	37
5.4 DÉVELOPPER LA FONCTION RESSOURCE	41
> Les leviers	42
> Adopter une posture professionnelle appropriée	43
> Les modalités opérationnelles	44

6 S'INSCRIRE DANS LE TERRITOIRE :	
MESURER ET AMÉLIORER L'ACCEPTABILITÉ SOCIALE DE L'ACTION	46
6.1 CONVAINCRE LES ÉLUS DE L'UTILITÉ SOCIALE DE L'ACTION	46
6.2 RASSURER LES RIVERAINS	48
6.3 FAIRE DE LA POLICE UN RELAIS	49
7 LA MISE EN ŒUVRE : DES CHOIX ET DES AJUSTEMENTS CONTINUS	51
7.1 CHOISIR LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES DE L'ACTION	51
> Unité mobile, consultation avancée ou antenne ?	52
> Quel(s) lieu(x), horaires et rythme de mise en œuvre ?	53
> Quels outils et quels services ?	56
7.2 CONSTITUER, SOUTENIR ET SÉCURISER L'ÉQUIPE	57
> Compétences professionnelles et savoir-être d'aller vers	57
> Une implication indispensable de la direction et du chef de service	58
7.3 FAVORISER L'APPROPRIATION DU DISPOSITIF PAR LE PUBLIC CIBLE	61
8 FINANCER L'ACTION : DÉMARCHES ACTIVES, OPPORTUNITÉS ET PRISE DE RISQUE	65
8.1 METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE EFFICACE DE RECHERCHE DE FINANCEMENTS	65
8.2 CONVAINCRE LES FINANCEURS DE LA PERTINENCE DE L'ACTION	67
QUELQUES RÉFÉRENCES POUR ALLER PLUS LOIN	71



P#3) 4: ' ↑ * 3/* :

) : ?0i4 i5 00 ?i() =i" 66*)=HPOGS4 =i" &>76=i) >(0: 7=00=i() i< (?&>76i() =i<0; ?) =i) >
() =i(75 5 " .) =i[\i) 6i <' 6&) i76>: ?i<: 76(<)i" ?D% =76=i() i=" 6>* i) >(f" &&, =
" ?D(<70=i() =:) <=766) =i?" . , <) =i() i=?%>" 6&) =: =E&/ 7" &>B) =i(0&0) =i&" <0=i76> * >* i
67>" 5 5) 6>:) 6=* =i) >i&76=><?0=i) 476i4 i(* 5 " </) i(0) ibi" 4) <B) <=icw " 6=i4 i&76> D)
() i4*: 0 * 5 0 i() i \$) 4) i" i:) <5 0i(f" >>) 0(<)i?6i. <' 6(i675 %<) i(f?=" .) <=; ?06) i=7400" 0 6>
: " =i7?i> =:) ?i4 =i=) <B0) =i() i=70=i) >(f" 0) i=7&0 4 S() i<' 0) i(fEi+>) i5 " 4<) ?=\$2. * =i7?i
) 627 0=i\$ i() B) 60i" %>0) 6>=w 6i47&&?<< 6&) S) 4) i4 ?< i< 6(?i" &&) =0/4 i?6) i0-7<5 " >076i) >?6
) 5 " >* < 4() i< (?&>76i() =i<0; ?) =i(0-) &>0 ?D) >() i&76>" 5 0" >76i" 4<=i(0-0&0) =i\$>7?B) <(" 6=
4 i(0: 7=00=i" 60" 0) w

) : ?0i1 GGL\$4" <0&4 i JH HJJ`H(?i 7() i() i4 i=" 6>* i: ?%0) ?) i0=&0457 &\$ & 8
"\$ * &&8 87 * &&\$ ' \$8' 8 88 -8 8' 8 7& \$8 8 & 88 (8 %8 % \$96&75 5) i" 0" 6>: " <0
() =i5 0=076=i() =i) 6>) =i(f 0) i) >(f &&75 : " . 6) 5) 6>=i4 i * (?&>76i() =i<0; ?) =i: 7?< i " .) <=
() i <7. ?) =i[\w) : ?0i1 GGP\$4 =i % & & %8 8' \$ * && -76>: " <0) i() =i5 0=076=i
- " &?4" >B) =i() =i) 6>) =i() i 70=5 f &&75 : " . 6) 5) 6>) >() i <B) 6>76i) 6i ((0&74. 0 i[\w

" i * 5 " </) i(f" 4) <B) <=: < 6(i" &>) i() =i(0-0&?4* =i) >7?i(?i< -? =i(f?6) i: " <0) i() =:) <
=766) =i?" . , <) =i() i=?%>" 6&) =i() i=) i< 6(<)i(" 6=i4 =i=) <B0) =i" 60" 0) =i) >=7&0 ?D6" ?>) i()
(0: 7=) <() =i&7() =:) <5) >> 6> i(f) 6i= 0-0i4 i-76&>0766) 5) 6>=7?i4 i4 6. " .) i> &/ 60 ?) i() =: <7'
) =0766) 4S7?i(?i- " 0i" i5 " ?B" 0) =i) D * < 0 6&) =i" 6>* < 0 <) =5 i4* 40 6) 5) 6>: * 7. <' : / 0 ?) i() =
=>?&>?< =i7?i) 6&7 < i(f?6) i(0-0&?4* i\$=) i(* . .) <(f?6i; ?7>0 0 6i: 7?<4 =i=7400) 4w 4) i: < 6(i) 6
&75 : >) i* . " 4 5) 6>: ?) i4 i=0 5 " >0" >076i&?4?< 4) i() i4?=" .) <() ibi(<7. ?) =i(0&0) =i) >S " 6=i?6)
5 70(<) i5) =?<) \$&) 4) i() i4?=" .) < i" %? =0i(f" 4&77&8&75 : 4) ?) i4* 5) <) 6&) i(f?6) i< 4 >76i()
&76-0 6&) i) 6>) i:) <=766) =i?" . , <) =i) >: <7-) =0766) 4=i" 60" 0) =i\$=7&0 ?D) >=i * (0&7' =7&0 ?D6) >
6* &) =0) i() i(* : 47E) <(0-* < 6>) =i=> * . 0 =i: 7?< i- " B7<0) <4 i4 6 i w

" i< : <* = 6> >076i> * < 7>E: *) i() i4?=" .) <bi" 40 6* i\$=) i: <' >0 ?) ici:) ?>0(?0) i&/) F4 =
) :) <=766) =i?6) i< : < * = 6> >076i() =: <7-) =0766) 4=i() i=" 6>* i) >() i<' B" 0=7&0 4&75 5) i" >* 6> i() =
bi) 6>) : < 6) ? <=i() i5 7<' 4 ici; ?0=i=7?&0 <' 0 6>:) ?i(?i=) 6=i; ?f) 4) =i(766) 6>=i4 ?<?=" .) i() =
=?%>" 6&) =5() i&); ?f) 4) =Ei< &/) </) 6>) >Ei>7?B) 6> i w) >> i< : <* = 6> >076i- " B7<0) i" ? =0&0) F
4 =: <7-) =0766) 4S() =i" >> 6>) =iB0\$ \$' B0i() i4?=" .) <() i: <7(?0i() i47< < i(f?6) i< . ?4 >076i: 4=
<0 7?< ?>) i() =: 0) =i() i: <7(?0=i[4 ?<4 7(* <' >0768B70) i4 ?< i" <<+>) >() i4 i5 0) i) 6i9 ?B< i()
=> * . 0 =i() i< (?&>76i() =i<0; ?) =w) =:) <=766) =i&76&) <6*) =iB0) 6>: " <70=i&) =i" >> 6>) =
&75 5) i?6) i0&76&>076i>7: i: <' &7&) i(" 6=i4 ?<: " <7?<=i(f?=" .) i: 7?<: 7?B70=i=Ei&76-7<5) 4w 4) =
) : ?) B) 6>) 0=0&<' 0(<) i(f+>) i5 0) =i) 6i* &/) &7?i2. *) =i) >=i5 76>) <(* -0 6) =iB0\$ \$' B0i() =i
) : <7-) =0766) 4=i7?i* B0) <() i- 0) i?6) i() 5 " 6() i(f" 0) w

6i> 4&76> D> i) =>: <7: 0& i\$1406* ; ?0* i(" 6=i4" && ;=" ?D(<70=i) >" ?D=706=U 75 : <4 6(<) >=" (" : > <" ?D&7() =S" ?D> 5 : 7<" 40* =i) >" ?D: < >=<0 >076=i() =i) <B0&) i) >=>? &>? < > i() i=" 6>*) >(?i>" B" 04=7&0 4< ; ?0 <i() i(0: 7=) <() i< ==7?<0&) i=7&0 4 =S* &7675 0 ?) =S&?4?< 4) =S: =E &/ 0 ?) =i(76>4 =i0(00? ?=6) i=76>: " =i* . " 4 5) 6>: 7?<B? =U) 6(<) i: 4?=" &&) =0/4 i47--<) i() i=706=) >(f" Q) i=7&0 4 i) D0) i(76&i(fbi" 4 <" ?i() B" 6>ci() i& i: ?%0&S) 6i06B) 6> 6>() =i5 7() =i(f" . 0i) > (f) 6>*) i) 6i< 4 >076i; ?0: B7<0) 6>4 i4) 6i) >4 i&76=>?&>076i(f?6) i< 4 >076i() i&76-0 6&) U

) >> i&<* " >B0* i) >=> 6(?) i6* &) = " 0i : " <4 i&/ 70(fbi" 4 <4i7Ai4" ?>) i) =>ic^l (" 6=i=76 ; ?7>0 0 6U) &05 : 4)) i\$14 i-70=i() i=7<0i() =i5 ?<i() i40=>0?>076i) >(fbi" &&) : > <4 i<* " 40* i() i4 :) <766) ic^l S() i4" &&?) 040i) >4" &&75 : " . 6) < ; ?) 4i; ?) i=70 6>=" i: <' >0 ?) i) >4 i5 75) 6>7Ai) 4) 6i) >=> i) i=76i: " <87?<=() iB0 i) >(f?=" .) U) >> i&" : " &0* i\$1067B) <) >S" i) 4) <B) <=() =: <7-) =076` 6) 4i() i) i) i=706=i: * &0 40* =i) 6i" ((0>747. 0 i) =>?>6) i< ==7?<0& i) ==) 6>0 4) i: 7?<4 i=" 6>* : ?%0&) U 06=0& 4) i) >=" ?i&9 ?<() i47%0& &>0i(fbi" 45 06 " >076i() i4/ * : " >0) i(f0&01 GI LicS: <07<0* () i4 i >* . 0 i6" >076" 4 i() i=" 6>* i| GH` I GI I \i(?i 7?B) <6) 5) 6>(" 6=i?6i67?B) " ?i&76> D>) >* < :) ?> ?) i; ?0: <) >) >(f) 6B0: .) <0& >7%0& &>0i&75 5) i* > 6>) >> 0 6" %4 i\$15 7E) 6i> <) i^l U

) >> i) 6i: 4 & i() = " &>076=i/ 7< 4 = 5 ?<S ?) i& i=70i(" 6=i4) = " & i: ?%0&7?i(" 6=i?6) =>?&>?< i: " <) 6" 0i) < 6B70 i\$1?6i(7?%4) i) 6?) U

f / * >* <7. * 6* 0* i() =:) <766) =i?=" . , <) =i() i=?%> 6&) =i) >4* B74>076i() i4 ?<=i%0 =706=) 476i4 ?<=: <' >0 ?) =i(f?=" .) \$4 ?<=i=>E4 =i() iB0 S& i; ?f) 4) =i&/ <0/) 6>(" 6=i4 ?<?=" .) i) >i& ; ?f) 4) =i) 6i< (7?>) 6>S4 ?<=i >> 6>) =i) >4 ?<=i 5 " 60 <) =i() i=740&0) <4 =i(0: 7=00=i) >=) <B0&) = " 60* 0i) =i) >=7&0 ?D05 : 4) ?) 6>() i(* 5 ?40 4) <4 =i-7<5) =S4 =i4) D064 =i> 5 : 7< 40* =i() i4 ?< " &&?) 0i) >() i4 ?< " &&75 : " . 6) 5) 6>() =i) &>076=i/ 7< 4 = 5 ?<=:) <) >> 6>(f" 5 * 47< <4 i&7?` B) <?< i> <<07< 4 i(?i(0: 7=00i() i< (?&>076i() =i<0: ?) =i) >() i=706=i: * &0 40* =i< 4 >0=i" ?D ?=" .) =i() i=?%> 6&) =S7> 5 5) 6>) 6iF76) i<?< 4 i) > 6iF76) i?<0% 06) i: " ?B< 00&) > 06=0(f

75 %<) i() i: <7-) =0766) 4i() i=>?&>?<) =i) >=) <B0&) =i(f" Q) i=7&0 4 i7?i5 * (0&7` =7&0 ?DS () i: / " < " &0 =S f/ 8: 0" ?D* : <7?B) 6>() =i(0-0&?4* =i) >4 i=) 6>05) 6>(f+>) i(* 5 ?60(" 6=i4" &&?) 0i) >4" &&75 : " . 6) 5) 6>() =i?=" .) <=() i(<7. ?) =i40&0) =i) >040&0) =U) =i) &>076=i/ 7< 4 = 5 ?<=i=76> ?6) i7: : 7<?60* i: 7?< >` 6=5) >>)) =i&766" 0=" 6&) =S() =i" B70: " 0i) >() =i" B70: +>) U) i>" 6=) <S(, =i4?<=; ?f0<) =:) &> i4 ?< " 4* 0* i: <7-) =0766) 4) S:) ?>4 =i* >E) < (" 6=i4 ?<: <7: < i06) <B) 6>076i" ? : <) =i() =:) <766) =i) > 4 =i" 5) 6) <S15 0 ?D06* . < <4 i(0: 7=00i: * &0 40* i(" 6=i4 ?< " &>B0* i; ?7>0 0 66) U

) i(7?%4) i) 6? ?i05 : 4) ?) i?6) i< -4 D076i: " <0&?4) <) i() i4* ; ?0) i=?<0& i; ?0:) ?>=" B7<0) < 7?i-" 0i) i7%> &4 i\$14" : : <7: <0 >076i() i4" &>076i/ 7< 4 = 5 ?<=: " <4 i: ?%0&0/0/4 S\$ i=" i=740&0" >076 : " <4 =i" ?>) =i=>?&>?<) =i) >=) <B0&) =i: <' =) 6>=i=?<4 i> <<070& i) >S i=76i " " 0=" %00* i) >4 i: * < 660* i() i=" i5 0i) i) 6i9 ?B< i< ; ?0 < 6>() =i=> >* . 0 =i() i=) 6=0/00" >076i) >() &75 5 ?60& >076i&0/4" =i" ? : <) =i() =i<B) <' 06=S() =i* 4=S() i4 i: 74& S) >(f" 4) <B) <=4 =i=>?&>?<) =) >=) <B0&) =i=?&) : >0/4 =i() i() B) 60i() =: " <) 6" 0i) =i() i4" &>076U4) =i* . " 4 5) 6>) ==) 6>0 4() i =f" : : ?E) <=?<44 : 7?<0) 6>00 <4 =i" >7?>=i) >4 =i< 06=i\$1&) >) && : > %00*) >S i=76i" : : <7: <0 >076i: " <4 i: ?%0&0/0/4 i(" 6=i=76i) <<070& i(05 : 4 6> >076i) >: 7?<4 * 4 %7<) <() = 5 7(" 40* =i7: * <' >0766) 4) =i) --0& &) =i\$1&7?<=i) <) U

0 %* %0 6(6) %## /%0)+(") 3 ") %##+ \$) \$) /% 4* %* \$+ * \$) * ") %* # %0 " # %06 " 0&&+ " * % # + \$ & ") * \$) + \$ /% 4* %* \$+ 21 - - - \$) (

› Inspirer, appuyer, encourager

La loi de Santé Publique de 2004 et la création des autorisations C.A.A.R.U.D., puis C.S.A.P.A., ont signé la reconnaissance institutionnelle de la capacité des professionnels de la RDRD et du soin spécialisé des addictions à adapter en permanence leurs réponses à la diversité des pratiques, des situations et des attentes des usagers de produits. Cette institutionnalisation pourrait laisser penser que la réflexivité sur les pratiques et les positionnements professionnels et la créativité dans les modalités de l'accompagnement des personnes seraient moins nécessaires que dans les années 1980 et 1990. Mais la persistance d'inégalités territoriales et sociales en matière d'accès aux dispositifs, le renouvellement constant des pratiques et des publics usagers de produits psychoactifs (comme l'illustre le développement récent de l'approvisionnement en produits illicites *via* internet) et le déficit fréquent de travail partenarial entre CAARUD et CSAPA d'un côté et les autres types de structures et services sociaux, sanitaires et médico-sociaux, rappellent qu'il n'en est rien.

Ainsi, ce manuel s'efforce d'inspirer, d'appuyer, d'encourager l'innovation dans l'intervention hors-les-murs de toute structure travaillant auprès et avec des publics usagers de produits psychoactifs. Qu'elle privilégie la mobilité ou la sédentarité, cette intervention peut se faire sous la forme de maraudes à pied, d'une unité mobile motorisée avec accueil du public ou non, de visites à domicile, de permanences dans un local secondaire ou encore de consultations avancées chez des structures partenaires.

Ceci impliquait de ne pas le concevoir comme un guide de bonnes pratiques, explicitant le « comment (bien) faire » en se concentrant sur les dimensions techniques et opérationnelles de la méthodologie de projet (définition des objectifs, stratégies, moyens, outils). L'idée n'est pas de promouvoir un modèle unique de mise en place d'action hors-les-murs. Ce serait remettre en cause le principe, fondamental dans la démarche d'aller vers, d'une adéquation à la spécificité des réalités locales en termes de publics, de leurs pratiques et de leurs besoins. Proposer un modèle méthodologique standard aurait pour effet de prescrire à des structures hétérogènes de s'y conformer, quels que soient leurs moyens, leur fonctionnement, leur histoire, leur culture professionnelle, et les caractéristiques urbaines, sociales, économiques, géographiques, culturelles du territoire dans lequel elles interviennent.

On ne trouvera donc pas ici une description exhaustive et minutieuse de méthodologies d'actions qui seraient exemplaires, mais plutôt un livre de recettes que chacun peut s'approprier à sa manière. Quelques **exemples d'actions** conduites actuellement par des CAARUD et des CSAPA, ainsi que des **astuces**, des **points de vigilance** et des **focus sur des notions clés** sont autant d'ingrédients susceptibles d'aider à innover, à "concocter" une ou plusieurs actions hors-les-murs, en fonction de ses contraintes et de ses ressources propres.

> La méthode : la concertation de professionnels de CAARUD et de CSAPA

La méthode de conception de ce guide relève d'une dynamique ascendante dans l'élaboration de la politique de santé publique concernant les usages de substances et les addictions. Elle a privilégié une **logique de transfert de l'expérience** à une présentation exhaustive et très technique de la méthodologie de projet. Il s'agissait en effet d'être au plus près des contextes et des questions auxquels sont confrontés les professionnels lors de la mise en place d'une action hors-les-murs et des tactiques et stratégies qu'ils développent, afin de favoriser la création et le déploiement rapides d'actions hors-les-murs sur l'ensemble du territoire national.

Ainsi, ce manuel revisite des principes généraux de la méthodologie de projet à l'aune d'expériences variées de plusieurs CAARUD et CSAPA. Il a été réalisé à partir d'entretiens collectifs avec des travailleurs sociaux, des infirmiers, des médecins, des chefs de service ou des directeurs/directrices, qui exercent au sein de structures aux ressources et aux contraintes différentes, situées dans des territoires hétérogènes sur le plan des usages de produits, des besoins des personnes usagères et du dispositif médico-social local.

L'analyse de ces entretiens s'est concentrée sur l'identification des grands axes et moments qui jalonnent la mise en place d'une action hors-les-murs, ainsi que sur la mise au jour des questionnements éthiques et déontologiques relatifs à l'élaboration du lien avec les personnes usagères et à la mise en place de partenariats. Le plan de ce manuel suit donc la logique temporelle que l'on peut attendre d'une méthodologie de projets animés par le souci d'être au plus près des réalités des personnes usagères de substances. Il débute avec l'analyse des besoins et s'achève avec le financement de l'action, qui constitue très souvent l'ultime étape de sa mise en place.

Deux types d'actions hors-les-murs n'ont pas été inclus dans ce manuel : les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et les actions en milieu festif. Les lecteurs intéressés par ces thématiques particulières peuvent se reporter utilement au manuel consacré aux CJC édité par la Fédération Addiction⁽⁷⁾ ainsi qu'à différents manuels ciblant spécifiquement l'intervention en milieu festif^(8, 9).

-
1
2 2

K

P 6) i" &076i7?i?6i(Q: 7=00i/ 7< 4 = 5 ?<i<) 4 B) i() i) " P* /! &#" '1# H)#/ 3#/0i () =i?=" .) < ; ?06) iBQ 66) 6>: " =S) ?i7?i: 4P=i(" 6=i4 i(Q: 7=00i=" 60" Q) S=7&0 4) >i5 * (0&7` =7&0 4U46) i=" . Qi: " = => ?4 5) 6>:(f \$B ' 2 (&(f) ?D" ?i=) 6=i(f?6i(* : 4 &) 5) 6>: / E=Q ?) i5 " Qi" ?=0(f; 88 8 8>&< () i4 i: () <=766) S() i<= :) &> <=76i" 4* <Q* i) >=" i> : 5 : 7<' 4Q* S) >() i=) i(* &) 6>> <: " <' : : 7<=i=70U

P #!, 2/'/ N) * P1&, " # " #) /#! &#/#! &#C !1', + #01 - /' * , /" ') : 7?<- " B7<Q) <i4" (* ; ?" >076i(?i : <72 > " ?D%Q =706=i(?i> <<070) i) >" ?D: " <87? <i() =i?=" .) <U " i- " Q" %00* S=76i) --0& &Q* S=" * < 660* i) >=76i" && : > %00* i=7&0 4 i(* :) 6() 6>:(f?6) i" &>?" 4P" >076i() =i&766" Q=" 6&) =i =?<4 i> <<070) i&<7Q" 6>4 i=" B70=i() =i?=" .) <S4 =i=" B70=i() =i: <7- =0766) 4i) >(?i=" B7Q =&Q 6>0Q ?) U

P * (?Q) i4 i(* &" 4 .) i> : 5 : 7< 4) 6>> i?6) i<* : 76=> i6* &)" =) Q) 5) 6>:<' : Q) i" ?D%Q =706=i() =i ?=" .) <i) >47%> 6>076i[=7?B) 6>> < (B) \i() i-06" 6&) 5) 6>:=i() 5 " 6() i?6) i=>" > . Q i() i(* B) ` 4: :) 5) 6>:(?i: <72 > i- 0CNG 0 21, 2/ " # !'+. 4#0 R(0 . 67=>0&i() =i%Q =706=S&76=>? &>076i () =i: " <) 6" <Q >S&76=>? &>076i() i4" && : > %00* i=7&0 4 i() i4" &>076S(* -06076i() =i5 7(" 4P* = 7: * <' >0766) 4) =S: * < 660* >076i: " <() =i-06" 6&) 5) 6>:i(* (0 =U

P # " ' %+, 01! " #0 #0, '+0-0 P!\$. 2#002/ # 1#/'/1, /'#!')# ' 2 - /, (#1#01'+ " '0- #+0)# N) - #/C 1'+##+!# " #)E!1', +, 2 " 2 " '0-, 0'1\$#1N0, + - - /, - /' 1', + - /)# - 2)! !')# f016f) =i: " =i) --) &>* : <' 4 %4 5) 6>:" ?i: <72 >S) ", '1 * '+* Q1/# /P)0P 2!, 2/0 " #) - & 0# - ', 1# 3#! 2+## * P1&, " # - - /, - /'P# #12+ 1#* - 0" P" P 4:)>:(76&i=" . Qi(f?6i %& 8 \$ & [7?i 2 " < & \$ 1-(f?6i %& 8 * " \$ & \$ -(f?6i %& 8 & ?7?i(f?6i %& 8 ' & /

P 4BQ) i>7?Z? <=i\$< 6=) 0 6) <4 =i: <' >Q ?) =i(f?=" .) i() i=?%=> 6&) =i: =E&/ 7" &>B) =i4&0) =i) >040 &0) =S4) =i&" <' &* <Q>Q ?) =i(* 5 7. <' : / 0 ?) >=7&0` * &7675 0 ?) =i) >4 =i=>E4 =i() iBQ i() =i?=" ` .) <=i&76&) <6* =i: " <?6) i7--> i() i<' (?&>076i() =i<Q; ?) =i7?i() i=706=i=: * &Q 4P* =S4 ?<=i%Q =706 = 06=0; ?) i() =i(766*) =i() i&76>D) U4BQ) i* . " 4 5) 6>:\$i06=: Q) <4' i(* -06076i() =i5 7(" 4P* = 7: * <' >0766) 4) =i() i4" &>076i7?i(?i(Q: 7=00i) >=" i* '0# N(, 2/ /P%2) Q' #)>:i06(Q:) 6=" %4) i: 7?< Q) 6>0Q <4 =i" 2=> 5) 6>:=i\$IE" : : 7< <U

P) i(0 . 67=>0&i< -4 >) i(f' ?> 6>5 0 ?D4 =i=: * &0&0* =i) >4 i&75 : 4 DQ* i(?i> <<070) i4' <=; ?f0!, * C '+# " #01#! &+'. 2#0" E 0#/# 1', + " /#! 1# [" ? : <=i() =ii?=" .) <=i#1" #01#! &+'. 2#0" E 0#/# 1', + '+ " /#! 1# [" ? : <=i(f' ?>) =i" &) ?<=iU4&76BQ 6>:() i< &7?<Q4" ?D1#! &+'. 2#0" #00! '#+! #00, !')#0 = " 6=i6* . 4) <() i=" : : ?E) <=?<4 =i - 1'12" #0'+ " '3" 2#)#0 () i< &?) Q() i(766*) =U

E

E

J

P 4- #/1'0# " #0 20 %#/0 " # - /, " 2'10 #01) 0, 2/!# " E+\$/ * 1', + . 2' , /'#+1#)# -)20 \$ /1#* #+1)
 " P\$+'1, + " 2- 2)! !')# #1" #0 * , ")'1P0, - P/ 1', ++#)#0 " #)E! 1', + , 2 " 2 " '0- , 0'1\$ 4) i< 4 B)
 (f?6i%(\$ 7 * " <\$ - &75 : 7=* i() i% (\$ 2 \$ <) 4 >0=i\$4?=" .) S() i% (\$%=?<4 =i?=" .) =
)>4 =i?=" .) <i(?i> <<070) i) >i() i% (\$ 2; &\$ (" 6=i4 i<' : : 7<i" ?D: " 0=S' ?D<B) <' 6=\$\$i4 i
 : 74&) U

P ,)!'1#/)4- #/1'0# " #0 20 %#/0 " (Q) i\$ i) =>6) <4 i :) <6) 6&) i) >4 i- " Q" %00* i() i4' &>76i) >\$
 (* - 60i=76i: ?%0&i&0/4) i) >=) =i5 7(" 4* =i() i5 0) i) 6i9 ?B<) i) 6i" (* ; ?" >076i" B) &i4 i(B) <0*
 () i: " <&7?<i() =i?=" .) <U 4) i) >i" ?=076i=? : : 7<i) ==) 6>Q 4() i-7<5 " >076i() i: <7-) ==0766) 4-U

P " i5 0) i) 6i: 4 &) i() i: " <>6" <Q >=iB0) iN\$!)'1#/)E!!00 " #0 20 %#/0 " # - /, " 2'10 2 " '0- , 0'1\$
 0 +1 '/# 0, !') #1* P" !, 00, !') , !) #1X 2 N0, 21#+/ 2+# 01/2! 12/# , 2 2+ 0#/3!# (" 6=i=76i
 >' B" 0" ? : < =i(f) ?D" - 6i(f' 5 * 47<) <4 i<' : 76=i) \$i4 ? <=i% =76=U

P 01, 21#0)#0 01/2! 12/#0 #10#/3! #0" E+ 1#/'1, '/# 0, +1- , 1#+1#)#* #+1" #0- /1#+ '/#0" 2- /, (#1
 &, /00#00 2/0 &) <' 6=i=76i: 4=i:) <6) 6>=i; ?) i(f' ?>) =U4i:) ?B) 6>: <B0*. 0 <?6i
 7?i?6i ; ?0" Q) i\$ i. " . 6) <4 i=7?>Q 6i() =
 - 6) 6&) ?<=U

P) i<' >0&) 6&) =i() i&) <' 6=i" &> ?<=i\$ i= f) 6. " .) <(" 6=i4 i: " <>6" <Q >=i B) &i?6i i7?i?6
 i 6) : 4 ?) 6>() i- /# + /# # 1#* - 0" 4-) . 2# /) " P* /! &# " # /P" 2! 1', + " #0 /'0. 2#0 '+0'
 . 2#)#0 * '00', +0" #! #0 P1)'00#* #+10 #1" #!, +3 '+! /#)#+0#*)# " #)E. 2'- #- /1#+ '/#

P # - /1#+ /' 1 #01 - /, - '1# 2 " P3#), -- #* #+1" #) \$, +! 1', + /#00, 2/!# " #0 #1" #0
 " i5 0) i) 6i: 4 &) i" 6>* <Q >=i(f?6) i&76=24" >076i" B" 6&*) i) >Y7?i(f/ " %0?) =i() i>' B" 0'
 : " <>6" <Q 4 =S4 i-7<5 " >076i() i4* ; ?0) i: " <>6" 0) \$47?B) <?> i(f7 : : 7<?60* =S) =i:) <=766) =
 <) ==7?<8) =S4 i&76B) 6>076i() i: " <>6" <Q >=i?6) i: 7=>?< i: <7-) ==0766) 4) i" : : <7: 0) i:) <5) >
 >) 6>() i(* =) 5 7<8) <4 i= <' >0&) 6&) =i" &&<?) =i; ?) i&) >> i: <7: 7=076i:) ?>=?=80) <4 &/ F) 4 =
 : " <>6" 0) =U

P 01* #/ " +0. 2#)#* #02/#)# - /, (#1&, /00#00 2/0 #01 !!#- 1)# 245#24" #0 P)20), ! 24 " #0
 /'3#/ '+0 /' " %0" 6>=\$\$75 5) <" 6>=i#1" #0 \$, !' #0 " #)E /' /# : 74&) i5 ?600 " 4 \$.) 6(" <5) <Q \
) >=) 0) i) 6i=7<0) i(f' 5 * 47<) <4 &) >> i" &&) : >' %00* i45 0) 6>4 i<0; ?) i(f+>) i&76-<76>* i>8>7?i>' <
 \$ i() =i<' &>076=i/ 7=>0) =i=?=8) : >0/4) =i() i:) <?>0) <B70) i(f06) <<75 : < i=" i5 0) i) 6i9 ?B<) U

P) =i5 " 0) =i) >4 =i* 4=i47& ?D<' " . 0=) 6>: 4>8>=i B7<' %4 5) 6>=i ?i: <72) > / 7<= 4 =i 5 ?<=i(f?6)
 =>?&?> i() i i7?i() i=76=i=: * &0 4* =i) 6i" ((0&74. 0 U &, '0/ 2+# - . 012/# " #!, * * 2+<C
 ! 1', + A0E* - , 0#/X+ # - 0 0E* - , 0#/B !, +01/2'/# 2+ /%2* #+1 '/# 01/ 1P%. 2# #1 " P* , +1/#/
)E 0#+!# " # +2'0 '+! #0 '+ " 2'1#0- /) E! 1', + " # N!, +3 '+! /#)#0, -- , 0 +10 , 2 N, 1#+/ 2+#
 21, /'0 1', +!, +! /O!# " # 01 1', ++#* #+1 [&) =i() i4?60* i5 7%0) \i, 2 " # - /Q1 " #), ! 24 [&) =i() i
 4' 6>) 66) \U

P /'3)P%#/)# ") , %2#) - 1'#+!#)#E!, 21# #1)#/#0- #1" #0'+. 2'P12" #0 #1" #0- , '+10" #32# " #0
 /'3#/ '+0\$ 3, /'0#)#2/ !!#- 1 1', + " #)E! 1', + <' B" 0) <=i B) &i4 =i: 84 =i5 ?600 " ?D() i: <7D5 0* S
 4 =i. " < 0 6=\$4) =iE6(0=i(f05 5) ?%4) =i) >4 =i% 0) ?<=i) >=i 4) ?) <4 =i?=" .) <=i() i: <7(?0=i(" 6=
 4 i5 0=076i() i5 * (0 >076i(? i i=76>" ?=0() =i>' &>Q ?) =i) --0& &) =U

- › **Établir des liens de coopération avec les forces de l'ordre permet de les inscrire dans une logique plus préventive avec les usagers de produits et d'en faire un relais de la communication sur l'utilité sociale de l'action** auprès des élus et des riverains. Leur sentiment récurrent d'être démunies face aux usagers de produits est un levier de cette coopération.

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET

- › **Choisir de mettre en œuvre plutôt une action ou un dispositif hors-les-murs, une unité mobile, une antenne ou une consultation avancée dépend de plusieurs paramètres** : l'offre spécifique de soins, d'aide sociale et médico-sociale pour usagers de produits sur le territoire, les attentes des acteurs du territoire en termes de partenariat avec un CAARUD ou un CSAPA, l'étendue du territoire et la dispersion des lieux de vie des usagers, le niveau d'acceptabilité sociale de l'action ou du dispositif, le niveau d'interconnaissance dans le territoire et l'exigence d'anonymat du public cible, enfin, les moyens humains et matériels de la structure. Quel que soit le projet, **les choix initiaux de lieux, d'horaires, de jours et de fréquences d'accueil ou d'aller vers le public devront souvent être modifiés** ensuite pour être mieux adaptés aux besoins et aux parcours des usagers.
- › **Il est recommandé de composer une équipe sur le triple critère de la complémentarité des compétences professionnelles, de la polyvalence et des savoir-être avec les usagers de produits, les riverains et les autres acteurs du territoire.** Il est préférable qu'elle travaille *a minima* à hauteur de 2 ETP ; mais sur certains territoires un volume horaire moindre suffit pour répondre aux besoins. **Son efficacité dépend surtout d'une implication forte de la direction et du chef de service, d'un investissement durable de l'équipe et d'un management adapté.**
- › **Favoriser l'appropriation de l'action ou du dispositif hors-les-murs par le public cible exige des professionnels de la persévérance et de la patience,** de s'inspirer des pratiques et des habitudes des usagers de produits, d'identifier et de nouer des liens avec des personnes ressources, enfin, de diversifier les supports de communication.

PÉRENNISER L'ACTION PAR DES FINANCEMENTS SUFFISANTS ET RECONDUCTIBLES

- › Au regard des difficultés pour obtenir des financements dédiés au développement d'un projet hors-les-murs, **une stratégie efficace de recherche de financements articule autofinancement de la phase pilote, démarches actives auprès des financeurs et saisie des opportunités.**
- › **Obtenir des financements au plus près des coûts de développement et de fonctionnement d'une action ou d'un dispositif hors-les-murs nécessite de mobiliser des arguments clés** valorisant sa pertinence et **démontrant sa plus-value** par rapport à l'activité ordinaire de la structure de rattachement et au regard de l'offre de soins et d'aide sociale sur le territoire mais aussi **de rendre compte du temps de travail et des moyens matériels réellement déployés** pour mettre en œuvre le projet.

QUELQUES PRÉALABLES SUR LA MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE



Une **action** hors-les-murs peut prendre la forme d'une **UNITÉ MOBILE**, d'une **ANTENNE** ou encore d'une **CONSULTATION AVANCÉE**.

Un **dispositif** hors-les-murs articule différentes actions ou différents lieux investis par une même action : l'équipe de l'unité mobile peut aussi animer une ou plusieurs antenne(s) et/ou consultation(s) avancée(s) ; un CAARUD ou un CSAPA peut porter plusieurs antennes et consultations avancées.

L'instruction budgétaire N° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2014/313 du 12 novembre 2014 ⁽¹⁰⁾ définit comme suit les actions hors les murs :

- « **Équipe mobile de CAARUD** : il s'agit d'une équipe spécifiquement chargée de se déplacer afin d'entrer en contact avec les usagers de drogues dans les lieux habituellement fréquentés par ceux-ci (maraudes de rue, squats, milieux festifs, usagers en milieu rural ou semi rural...). Les équipes mobiles interviennent de manière individuelle ou collective, pour faciliter l'accès des usagers à la prévention, à la réduction des risques ainsi qu'orienter les usagers vers des structures médicales ou médico-sociales. »
- « **Antenne de CSAPA** : ses activités se déroulent dans une localité distincte de celle du site principal du CSAPA. Elle est destinée à tous les publics de cette localité rencontrant des difficultés pour se rendre sur le site principal. L'ensemble des prestations du CSAPA y est disponible. Elle reçoit le public régulièrement (au moins deux fois par mois). Elle nécessite la location ou la mise à disposition d'un local dédié. »
- « **Consultation avancée de CSAPA** : elle vise à entrer en contact avec des populations ne recourant pas spontanément au CSAPA. Elle se déroule dans une structure préexistante (CHRS, mission locale, services sociaux...). L'équipe du CSAPA délègue une ou des personnes pour tenir une consultation. Celle-ci est réalisée en lien avec l'équipe de la structure : elle est destinée à son public. Elle peut orienter vers le site principal du CSAPA. »

2.1 « ALLER VERS » ?

La mise en place d'une action ou d'un dispositif hors-les-murs renvoie aux principes et aux objectifs plus généraux de la démarche dite « aller vers », inspirée des premières initiatives d'« outreach » aux États-Unis à la fin des années 1960⁽¹¹⁾. Elle relève à la fois d'un changement dans la manière d'envisager les rapports entre les usagers de produits et le dispositif sanitaire, d'aide sociale et médico-social, et d'un questionnement sur les pratiques et les postures professionnelles susceptibles de favoriser l'élaboration d'un lien de confiance avec les personnes qui en sont les plus éloignées.

Historiquement, l'*outreach* renvoie plutôt au travail de rue, au fait de sortir de l'institution pour aller vers les gens où ils se trouvent⁽⁵⁾. « *To reach out* » signifie encore « tendre la main »⁽⁵⁾. C'est donc être suffisamment proche physiquement de la personne, de son lieu et de ses habitudes de vie pour mettre à sa disposition différentes ressources (informations, matériels, mise en lien avec des structures, écoute et soutien à la gestion des consommations et des difficultés quotidiennes) et l'accompagner dans ses démarches sociales et son parcours de santé.

Aller vers vise à « atteindre des individus difficiles à rejoindre »⁽⁵⁾ qui ne viennent pas ou peu dans les structures du fait de leur style de vie, de leur manque de maîtrise de certains codes sociaux, de leur éloignement spatio-temporel d'avec les structures et les institutions. Il s'agit d'investir les espaces vacants entre leurs lieux de vie et de consommation et le dispositif : la rue, la campagne, les squats, les rassemblements festifs... Aller au-devant de ces personnes permet de leur proposer une offre *interstitielle* de soins, d'aide sociale ou d'orientation, qu'elles pourront plus facilement concilier avec leurs préoccupations et intégrer dans leur mode de vie.

Cependant, **la démarche de « l'aller vers » ne se résume pas à un déplacement dans l'espace**. Elle est aussi synonyme d'un déplacement dans la relation à l'autre, du souci de construire l'intervention avec lui et en fonction de sa demande. Ce déplacement réside dans le « respect de l'ordre du jour de la personne »⁽⁵⁾. L'action est construite en prenant en compte ses préoccupations du moment – qui ne correspondent pas nécessairement à celles du professionnel – et le rythme auquel elle peut engager des changements dans sa pratique ou son style de vie, pour réduire les risques liés à l'usage de produits et améliorer sa situation sociale et son état de santé.

Cette compréhension de l'autre exige du professionnel de se questionner quant à son positionnement vis-à-vis de l'individu singulier qu'il accueille et accompagne. Elle lui demande de s'interroger quant à ses propres attentes, à la manière dont la rencontre de l'autre, sa situation ou son récit de vie l'affectent, à la façon dont ces affects influent sur la proposition d'aide qu'il peut lui faire. C'est à cette condition qu'il peut prendre du recul par rapport à ses propres représentations et pratiques, dont il pourra se saisir^(6, 12).

2.2 UNE MÉTHODE DE RECHERCHE-ACTION

Favoriser l'adéquation d'une action ou d'un dispositif hors-les-murs aux besoins des personnes usagères et le rendre acceptable aux yeux des riverains et des acteurs institutionnels locaux suppose **une bonne connaissance préalable du territoire et des publics visés par l'action**. Dès les premières visites, des observations sur les usagers de drogues illicites et licites, leurs lieux et styles de vie, leurs pratiques d'usage et leurs rapports aux structures et services, à la police et aux riverains, sont compilées de manière systématique. Dans un second temps, ce recueil de données aide à définir les modes d'entrée en relation avec le public, les modalités opérationnelles de l'action ou du dispositif, les services de réduction des risques, sociaux et de santé qu'elle

proposera et la composition de l'équipe qui en aura la charge. Il permet également de repérer les acteurs du territoire qui pourront être une ressource dans sa mise en place et la diffusion de l'information sur son existence.



LA RECHERCHE-ACTION COMME TACTIQUE DE FINANCEMENT

Utiliser une méthodologie de recherche-action ou d'action-recherche aide parfois à acquérir le soutien des financeurs et accélère le délai (souvent long) d'obtention d'un financement pérenne de l'action hors-les-murs.

Il s'agit de :

- > recueillir des données, en amont ou simultanément au lancement de l'action, sur le public cible et les contraintes qui pèsent sur son accès aux structures et services du territoire, en veillant à croiser les sources d'information : personnes usagères, professionnels avec lesquels elles sont en lien, études locales, police et gendarmerie ;*
- > intégrer un volet d'évaluation continue de l'action, c'est-à-dire :*
 - construire des indicateurs d'évaluation de l'action hors-les-murs en termes de rencontre de nouveaux usagers et d'amélioration de l'accessibilité de l'offre de RDRD et de soins en addictologie ;*
 - valoriser les résultats (diffuser les données explicitant la plus-value de l'action par rapport à l'activité ordinaire en structure ainsi que ses limites) ;*
 - mettre en exergue les questionnements et les réflexions suscités par les difficultés et les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre, ainsi que les ajustements réalisés par rapport au projet initial.*

De nombreux projets d'outreach s'élaborent, dès le début, en recrutant dans les équipes des usagers de produits, anciens ou actifs, en raison de leurs connaissances du public et du territoire ciblés. S'appuyer sur l'expertise des personnes usagères facilite la construction d'une action pertinente et la création du lien avec le public cible. Aussi, **la mise en place d'un projet hors-les-murs recourt souvent à la méthode de recherche-action**, dans laquelle le « travail médico-social est couplé à une enquête ethnographique pour en savoir plus sur les usages dans leur contexte »⁽¹¹⁾.

La méthode de recherche-action présente la particularité de reposer sur **le principe de la co-construction du savoir entre les différents acteurs concernés par un projet** : ses bénéficiaires, les professionnels qui le construisent, les partenaires et les acteurs institutionnels (ARS, municipalité, préfecture...). Elle postule une complémentarité entre le *savoir d'expérience* des premiers, le *savoir technique* des professionnels, enfin, le *savoir académique* (ou *scientifique*)⁽¹³⁾ – c'est-à-dire les études et enquêtes produites sur la population usagère de substances, ses pratiques et le dispositif social, sanitaire et médico-social sur le territoire cible ou dans un territoire similaire. La complémentarité de ces différents types de savoirs permet de construire une action au plus près de la diversité des points de vue quant aux besoins et attentes des usagers à l'égard des professionnels et de favoriser son intégration dans le dispositif sanitaire et médico-social local.

“

CAARUD
SLEEP'IN,
CÉDRAGIR

Il faut créer le terreau à ce que tu proposes. L'unité mobile qui ne serait que descendante où le directeur serait au-devant, tu as beau l'avoir pensée en termes d'ingénierie sociale, s'il n'y a pas des gens qui la font vivre, si elle n'est pas portée par l'équipe, elle ne vit pas.

”



► LA MÉTHODOLOGIE DE PROJET NE SE RÉDUIT PAS À DE L'INGÉNIERIE SOCIALE

Un projet d'action hors-les-murs peut être perçu, voire vécu, par l'équipe comme une charge de travail supplémentaire ou un éloignement par rapport au cœur d'activité de la structure. Ainsi, sa faisabilité et sa pérennisation nécessitent de la part de la direction d'impliquer et de mobiliser l'équipe dès le début de sa conception et de sa mise en œuvre. Pour que l'équipe s'y engage durablement, il est donc préférable qu'elle dispose de suffisamment d'autonomie pour s'approprier le projet en le faisant vivre à sa manière.

Il importe donc de lui permettre :

- de se former au développement de projet, au diagnostic des besoins, au partenariat et à l'aller vers ;
- de rencontrer des personnes ressources sur un type d'action hors-les-murs, de public ou de territoire ;
- d'avoir des temps de travail collectif pour penser l'innovation et la faire évoluer en fonction des nécessités et des contraintes du terrain.

2.3 UNE STRATÉGIE GLOBALE ET PAS-À-PAS

“

CSAPA/
CAARUD AXESS,
SOS-SOLIDARITÉS

Comme on est sur des moyens constants, on y va petit à petit, on y va doucement. On commence par une maraude, pour après augmenter la voilure et peut-être laisser autre chose, ou diminuer quelque chose. C'est du tâtonnement.

”

Quel que soit le type de projet hors-les-murs envisagé (unité mobile, travail de rue, permanence, consultation avancée, visite à domicile), **les différents temps d'échanges, de réflexions et d'élaboration des modalités opérationnelles que requiert sa création peuvent être distingués en cinq grandes étapes :**

1. l'analyse des besoins des personnes usagères ;
2. l'inscription dans le territoire via la rencontre des différents acteurs locaux : maire et/ou élus, police municipale et gendarmerie, services et structures sociaux, sanitaires et médico-sociaux, riverains ;
3. la construction de partenariats ;
4. la mise en œuvre de l'action et ses ajustements ;
5. la pérennisation de l'action grâce à l'obtention de financement(s) dédié(s).

Une sixième étape concernant la sollicitation et la prise en compte de l'expertise des personnes usagères est en fait transversale aux cinq autres. Cette expertise peut être non seulement source de nouvelles connaissances sur le public et le territoire mais elle peut inspirer des tactiques et des stratégies pour favoriser l'acceptabilité sociale de l'action, son intégration dans le dispositif local et son financement.

Dans la plupart des cas, le projet d'une action hors-les-murs démarre avec le repérage de nouveaux besoins en matière d'accès à l'offre de réduction des risques, aux droits et aux soins sur un territoire, ou bien avec une demande de soutien adressée au CAARUD ou au CSAPA par des professionnels d'autres structures ou services. Ensuite s'engage la réflexion stratégique sur les aspects opérationnels, partenariaux et financiers.

Cependant, la chronologie de ces étapes peut différer d'un projet à l'autre selon les caractéristiques sociales et géographiques du territoire cible de l'action (urbain/rural, situations socio-économiques de la population), le fait d'être ou pas déjà en lien avec une partie du public cible et de pouvoir s'appuyer sur l'expertise d'usagers, par le fait d'être ou pas déjà repéré par le dispositif médico-social local (y être déjà présent et sollicité, y avoir déjà noué des partenariats), l'acceptabilité de l'action du point de vue des acteurs locaux, les contraintes et ressources internes de la structure porteuse (y compris, le nombre et la formation des professionnels), l'obtention préalable de financements etc. Les durées moyennes de chacune de ces étapes peuvent aussi varier : entre un et deux ans pour l'analyse des besoins, plusieurs mois à un an pour s'inscrire dans le territoire, plusieurs années pour construire un partenariat pérenne, plusieurs mois à plusieurs années pour finaliser les modalités opérationnelles de l'action, quelques semaines à deux-trois ans pour obtenir les financements.

Ainsi, la durée, l'enchaînement, la succession ou la simultanéité des différentes étapes relèvent souvent de choix stratégiques faits en fonction de ces critères. D'autre part, créer une action ou un dispositif hors-les-murs nécessite un engagement (plus ou moins) important de temps et de moyens matériels et humains que la structure doit, généralement, autofinancer sans pouvoir présager de ses résultats ni de sa plus-value par rapport à l'activité ordinaire « dans les murs ». Surtout, il est difficile de connaître l'échéance à laquelle seront obtenus des financements qui permettront de ne plus puiser dans les ressources dédiées au fonctionnement de la structure fixe, de déployer pleinement le projet et de le pérenniser.



QUATRE EXEMPLES DE CHRONOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE D'UNE ÉQUIPE MOBILE

CAARUD Tarn Espoir (Castres)

- > Recueil de données sur les PES des pharmacies déjà partenaires
- > Demande de financement pour un bus et aménagement du bus
- > Rencontre des municipalités
- > Mise en œuvre de l'action

CAARUD du CEID (Bordeaux)

- > Sollicitation et financement de l'ARS pour intervenir sur un territoire où des besoins sont déjà identifiés
- > Prise de contact avec le public via les personnes déjà suivies au CSAPA et des « réunions tupperware »
- > Mise en place d'une permanence dans un CHRS et de tournées de visites à domicile

CAARUD 14 de l'EPSM (Caen)

- > Diagnostic : maraudes de rue et rencontres des acteurs du territoire en contact avec les personnes usagères
- > Rencontre des élus
- > Mise en place de permanences
- > Réponse à appel à projet pour financement d'un véhicule

ANPAA CAARUD 89 (Auxerre)

- > Diagnostic partagé avec le réseau des partenaires, notamment pharmacies d'officine et les usagers
- > Mise en place de consultations avancées dans des locaux mis à disposition par des collectivités territoriales et associations comme la Croix Rouge
- > Financement d'une unité mobile en 2014 sur dotation globale et mise en œuvre de maraudes en 2017

Ainsi, au lieu d'en cloisonner les étapes (attendre que l'une soit terminée pour démarrer la suivante), il est préférable de concevoir le calendrier du projet de façon globale. Avancer sur « tous les fronts » en même temps permet d'accélérer sa mise en place et de réduire le décalage de temporalités entre l'actualité (voire l'urgence) de la réponse aux besoins qui ont été identifiés et l'obtention de financement(s) dédiés.

“

C'est nous les patients dans l'histoire

”

CAARUD TEMPO OPPELIA

On envisagera donc une stratégie globale pas à pas articulée autour de cinq grands axes : recueillir des données sur le territoire et les personnes usagères qui y évoluent, identifier les partenariats possibles et les formaliser, travailler sur l'acceptation du projet hors-les-murs par les acteurs du territoire ou les professionnels de la structure partenaire, concevoir et ajuster si besoin les modalités de mise en œuvre, rechercher des financements pour pérenniser l'action ou le dispositif. Le rythme de progression sur chacun de ces axes pourra être décalé ou simultané avec celui des autres, et connaître des phases d'accélération, de ralentissement, voire de suspension, en fonction des obstacles rencontrés et des leviers qui apparaîtront au fur et à mesure du développement du projet.

Avancer à petits pas est également plus approprié au regard de la dimension particulièrement dynamique d'un projet hors-les-murs. Optimiser sa pertinence et ses possibilités de pérennisation implique d'envisager, dès le début, que ses modalités opérationnelles et ses objectifs puissent être repensés et modifiés au gré de l'affinement des constats de départ, de l'évolution de la file active, de changements (favorables ou défavorables) dans les rapports avec les acteurs du territoire ou la structure partenaire, ou du montant des financements qui seront obtenus.

D'ailleurs, il est souvent plus judicieux de commencer par une action relativement aisée, acceptable pour les riverains et peu coûteuse à mettre en œuvre, et de reporter à une étape ultérieure la mise en place des modalités opérationnelles plus ambitieuses (ex. : extension du territoire et/ou des horaires, sédentarisation de l'unité mobile dans un local, développement des partenariats formalisés...).



► LA NÉCESSITÉ D'UN INVESTISSEMENT FORT ET DURABLE DE LA DIRECTION ET DE L'ÉQUIPE

Dans la plupart des cas, l'absence de financement dédié dès le lancement de l'action (phase de diagnostic) empêche la création d'un poste dédié au développement du projet. De plus, plusieurs mois voire plusieurs années peuvent s'écouler avant que l'action hors-les-murs soit repérée et sollicitée par le public cible, que les partenaires et les élus locaux soient convaincus de sa pertinence, que les riverains, les élus et les forces de l'ordre l'acceptent, que les financeurs la soutiennent.

Patience, pugnacité, renoncement et raisonnement stratégique sont des qualités essentielles dans la mise en place d'une action hors-les-murs !

MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX AGIR : LE DIAGNOSTIC DES BESOINS

Quel que soit le type d'action ou de dispositif hors-les-murs envisagé, la réalisation d'un diagnostic constitue la toute première étape du développement du projet. Il s'agit d'actualiser les connaissances relatives aux besoins des usagers de produits psychoactifs sur le territoire que couvrira *a priori* l'action. Il doit permettre d'en saisir les spécificités susceptibles d'influer sur la définition de ses objectifs et de ses modalités opérationnelles.

3.1 QUATRE TYPES DE DIAGNOSTIC

Généralement, les caractéristiques du territoire sur le plan des usages de produits licites et illicites et des besoins en termes de réduction des risques et de soins spécialisés sont connues de la structure dans les grandes lignes. Néanmoins, la mise en œuvre d'un projet hors-les-murs requiert souvent d'affiner ces connaissances afin d'éviter toute forme d'approximation et de vérifier ce qui peut être de l'ordre de l'intuition. Cette démarche peut aussi faire émerger de nouvelles connaissances qui s'avéreront indispensables à la faisabilité, à la pertinence et à l'acceptabilité sociale de l'action.

Différents types de diagnostics peuvent être faits en fonction de l'état des connaissances sur le territoire et de l'utilisation qui en est envisagée – concevoir un projet hors-les-murs ou uniquement mieux connaître un public ou un territoire.

- Lorsque le diagnostic est réalisé à l'initiative de la structure sur un territoire déjà investi, on peut parler de **DIAGNOSTIC CONFIRMATIF** ou **COMPLÉMENTAIRE** (c'est souvent le cas dans le cadre de la réponse à un appel à projets par exemple). Les caractéristiques générales du territoire sont connues, mais les besoins d'accès aux ressources de RDRD, de soins ou d'aide sociale doivent encore être renseignés de manière systématique.
- Il peut aussi s'agir d'un **DIAGNOSTIC EXPLORATOIRE** sur un territoire non encore investi sur lequel est envisagé de mettre en œuvre un projet hors-les-murs. Il est réalisé au gré de maraudes dans l'espace public et de rencontres avec les autres acteurs du territoire (structures et services sociaux, sanitaires, médico-sociaux, élus, ARS, police et gendarmerie...). Il vise à éclairer le choix entre une unité mobile, une antenne ou une consultation avancée. Ce type de diagnostic peut aussi être réalisé sans intention de mettre en place à court terme un projet hors-les-murs.

- Dans d'autres cas, c'est plutôt un **DIAGNOSTIC MANDATÉ**. Un premier diagnostic a été réalisé, en amont de tout projet, par l'ARS ou la municipalité à partir de remontées d'informations d'acteurs locaux, ou d'étude(s) réalisée(s) par ailleurs. Une ou plusieurs institutions sollicite(nt) le CAARUD ou le CSAPA pour mettre en place une action hors-murs ou développer celle qu'il conduit déjà et exige(nt) un recueil préalable de données supplémentaires sur un profil d'usagers ou une thématique liée à l'usage (nuisances publiques, arrivée massive d'usagers dans la file active d'une structure...).
- Enfin, l'observation de problématiques d'un très petit nombre de personnes déjà suivies par le CAARUD ou le CSAPA peut inciter à développer une réponse spécifique. Dans ce cas, où ce qui pourrait rester un simple constat isolé suscite une attention particulière de l'équipe, on peut parler de **DIAGNOSTIC INDUCTIF**. Il est d'abord issu d'observations faites dans le cadre de l'activité ordinaire de la structure, qui sont ensuite complétées par une analyse des besoins plus systématique et étendue à des personnes qu'elles ne voient pas encore ou très ponctuellement. Ce type de diagnostic a d'abord un objectif de connaissance et ne s'inscrit pas toujours dans la perspective de développer une action hors-les-murs.

“

CAARUD
AVSEA
LA CROISÉE

Les visites à domicile ont démarré avec des personnes qui avaient une comorbidité psychiatrique et qui avaient fait l'effort de venir au CAARUD parce que amenées par des potes etc. À un moment donné, un monsieur était tellement en souffrance, sortir dans la rue lui demandait tellement d'efforts et il était tellement en panique, tellement mal, qu'un jour où il a appelé, le collègue lui a dit « je passe chez toi si ça ne t'embête pas ». « Oui, je veux bien ». Et ça s'est mis en place comme ça.

”

3.2 LES OBJECTIFS

› Identifier les besoins spécifiques sur le territoire

Il s'agit d'analyser le territoire envisagé, et d'évaluer la capacité du dispositif de soin*** à proposer des services, outils et compétences professionnelles qui soient adaptés à la diversité des parcours des personnes usagères de substances. Ceci implique de recueillir des données permettant de répondre à une double question :

- quels sont les principaux profils d'usagers de produits psychoactifs, licites et illicites, présents sur le territoire ? Dans quelle mesure le tissu et les ressources locaux répondent-ils à leurs besoins spécifiques ? ;
- quel(s) manque(s) dans le dispositif local l'action peut-elle venir combler directement, en amenant au plus près des personnes, les compétences et outils qui leur sont difficilement accessibles ? Comment peut-elle jouer un rôle de facilitateur dans leur accès aux différentes structures et services du dispositif ?

*** Est compris ici l'ensemble des structures qui constitue le tissu local : social, sanitaire et médico-social local (CAARUD, CSAPA, associations de promotion de la santé, CHR, accueils de jour, consultations hospitalières d'addictologie, CCAS...).

LA NOTION DE DIVERSITÉ DES PARCOURS

Concevoir une action hors-les-murs exige de réfléchir en termes de **DIVERSITÉ DES PARCOURS** des personnes usagères de produits psychoactifs licites et illicites. Trois types de parcours doivent être pris en compte dans le développement de projet :

- > le **parcours de vie** a trait à l'histoire individuelle de la personne, aux périodes et événements familiaux et personnels qui la jalonnent, ainsi qu'aux lieux de vie, aux activités professionnelles occupées, aux sociabilités... ;
- > le **parcours d'usage** renvoie à l'évolution de ses prises de produits psychoactifs licites et illicites depuis les toutes premières expériences, ainsi qu'aux périodes et événements relatifs à l'usage qui ont contribué à façonner son point de vue sur sa pratique et ses choix en matière de produits, de quantités, de temporalités, de contextes privilégiés ⁽¹⁾ ;
- > le **parcours de soin** est une notion à la fois spatiale et temporelle, qui a deux acceptions. Le plus souvent, elle décrit le circuit entre les différents structures et services d'un territoire qu'un individu doit emprunter à un moment précis de sa trajectoire d'usage pour soigner une pathologie. Le parcours de soin peut aussi renvoyer à l'ensemble des structures et services qu'il a sollicités au cours de son parcours de vie et de son parcours d'usage.

Comprendre l'hétérogénéité des parcours individuels des usagers sur le territoire aide à définir des modalités opérationnelles de l'action (lieux, horaires, services...) qu'ils puissent s'approprier quel que soit leur rapport au dispositif sanitaire, social et médico-social local. Non seulement, les individus présentent des histoires de vie et des trajectoires d'usage différentes, mais ils n'adressent pas nécessairement une demande d'aide au même moment de leur parcours de vie et de leur parcours d'usage, ni ne le font pour les mêmes motifs ou auprès des mêmes structures et des mêmes professionnels.

Le recours au dispositif spécialisé (CAARUD, CSAPA, structures de RDRD non CAARUD, consultations en addictologie) peut survenir dès les premières années de consommation ou bien plus tard, à des fréquences quotidiennes, irrégulières ou très basses, pendant une seule période ou à plusieurs périodes de la vie. Il peut être plutôt motivé par la recherche d'informations, de conseils et de matériel de RDRD et/ou d'aide dans l'accès aux droits et aux soins et/ou de soutien à la sortie de l'usage chronique voire de dépendance comme par le besoin de rompre l'isolement et la sociabilité mixte (pairs usagers et professionnels) que l'on y trouve. Les personnes peuvent solliciter uniquement les structures de RDRD ou les CSAPA. D'autres fréquentent plus ou moins assidûment les deux. Enfin, certaines préfèrent éviter ces structures spécialisées et ne solliciter que le dispositif sanitaire et social non dédié.

Ces variations dans le rapport des personnes au dispositif sanitaire, social et médico-social s'expliquent par la diversité et l'évolution au cours du temps de leurs pratiques d'usage, des difficultés qu'elles leur posent, de leurs rapports aux produits, de leur situation socio-économique, de leur lieux et styles de vie et de leur rapport à l'institution en général. Elles s'expliquent aussi par les services, les outils de réduction des risques, la formation et les compétences professionnelles qui leur sont accessibles dans le dispositif local.

En fonction de cette offre, les professionnels ne rencontrent donc pas les mêmes personnes ou ne les rencontrent pas au même moment de leur parcours. Le travail en réseau et la mise en œuvre de protocoles de coordination des parcours sont donc essentiel à l'amélioration de la couverture territoriale en l'adaptant aux besoins et de l'adéquation à la diversité des parcours des personnes.



AINSI, QUELLE QU'EN SOIT LA FORME, LE DIAGNOSTIC VISE À RENSEIGNER
QUATRE GRANDES THÉMATIQUES :

- **LES PRATIQUES D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES, NOTAMMENT D'ALCOOL, ET ILLICITES** : quels produits circulent sur le territoire ? Quels sont ceux qui sont les plus consommés ? Quelle est la part de l'injection et de l'inhalation par voie pulmonaire (crack/free base, « chasser le dragon ») dans les voies d'administration utilisées ? Quels sont les principaux lieux d'approvisionnement et les contextes de consommation (domicile, rue, squat, free-parties...) ? Comment se répartissent les personnes entre les différents profils d'usagers ? Quels sont les rapports (alliance, conflit ou simple côtoiement) entre ces différents profils susceptibles d'empêcher ou de favoriser la diffusion de produits et de pratiques de l'un à l'autre ? Etc. ;
- **LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES ET LES STYLES DE VIE** des personnes susceptibles d'être concernées : quelle est la répartition approximative par sexe et tranche d'âge ? Quelles sont leurs différentes situations sur le plan du logement, des revenus, de l'activité professionnelle ? Quelle est la part de personnes en situation de grande précarité (sans logement personnel, percevant des minima sociaux) ? Dans quelle mesure s'agit-il de personnes vivant seules, en famille, ou dans un habitat collectif avec d'autres personnes usagères de substances ? Où se situent les principaux lieux de rassemblement et lieux de passage des différents profils d'usagers ? Quels sont les référents culturels (mouvement musical, idéologique...) mobilisés pour donner sens à l'usage ? ;
- **LEURS BESOINS EN TERMES D'ACCÈS À LA RÉDUCTION DES RISQUES, À LA PRÉVENTION ET AU DÉPISTAGE, AUX SOINS ET AUX DROITS** : quels sont les problèmes de santé liés à l'usage les plus fréquents ? Quels sont les besoins en matériel de réduction des risques, notamment ceux relatifs à l'injection et à l'inhalation pulmonaire ? Quels sont les services sociaux, sanitaires et médico-sociaux présents sur le territoire ? Lesquels sont privilégiés par les personnes usagères de produits ? Où se trouvent les structures et services de réduction des risques et de soins spécialisés pour usagers de produits les plus proches ? Quels sont les facteurs susceptibles de limiter leur accessibilité (éloignement géographique, temps de déplacement, horaires des services, seuil d'exigence...) et les raisons invoquées par les personnes pour ne pas y recourir ou très peu ? ;
- **DES DONNÉES DE CONTEXTE** qui peuvent aider à élaborer des stratégies permettant de répondre aux besoins des personnes usagères et de favoriser l'acceptabilité et l'intégration de l'action dans le territoire : quelles sont les problématiques de santé, de tranquillité et de sécurité publiques, liées à l'usage de produits illicites, qui peuvent se poser ? Quelles sont les relations des personnes usagères avec les habitants et les commerçants ? Avec la police ? Quelle est la politique privilégiée par la municipalité à leur endroit, plutôt de l'ordre de la santé publique, de la sécurité publique ou de la conciliation de ces deux préoccupations ?

LES ASPECTS SPÉCIFIQUES DES ZONES RURALES DU POINT DE VUE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ACTION HORS-LES-MURS

Dès 2015, l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) soulignait que l'offre et la disponibilité des produits illicites en milieu rural sont peu ou prou équivalentes à celles en milieu urbain⁽¹⁴⁾. S'il existe quelques variations selon les territoires, on y trouve les mêmes produits qu'en ville. Cependant, leur accessibilité y est plus aléatoire car elle repose sur de petits réseaux d'usagers-revendeurs qui peuvent plus facilement disparaître lorsqu'un revendeur cesse son activité. Ce caractère aléatoire favorise les poly-consommations et les passages d'un produit à l'autre – voire d'une voie d'administration à une autre⁽¹⁵⁾.

L'OFDT distingue deux grands profils d'usagers de produits illicites :

les « **néoruraux** » venus des grandes villes et des métropoles et les « **autochtones** »⁽¹⁴⁾.

Les « néoruraux » sont soit des « usagers les plus précaires fréquentant les CAARUD et les squats » qui ont migré à la campagne, soit des jeunes usagers à la recherche d'emplois saisonniers, soit des personnes qui se sont installées à la campagne il y a 20-30 ans dans l'objectif de cesser la consommation d'héroïne. Les « autochtones » sont des personnes en situation de pauvreté marquée par le chômage du fait de la désindustrialisation et de l'éloignement des pôles de développement économique, ou bien des jeunes gens qui usent des produits dans différents contextes festifs (fêtes de village, free-parties, soirées au domicile...).

De plus, la vulnérabilité sociale et sanitaire des personnes usagères de produits peut être accrue par différents facteurs :

- > **l'isolement physique** du fait de l'éloignement géographique des services et des structures, du manque de moyens financiers pour l'achat d'un véhicule ou de carburant, du déficit d'offre de transports publics, d'une confiscation plus fréquente du permis de conduire pour des infractions relatives à la législation sur les stupéfiants... Cet isolement débouche parfois sur la « peur de bouger » de chez soi qui peut retarder ou interrompre la demande d'aide ou de soutien⁽¹⁵⁾ ;
- > **le manque de choix** en matière de structures et d'interlocuteurs de RDRD et de soins spécialisés qui accroît le risque de rupture de soins lorsque le contact ne passe pas ou plus avec celui présent sur le territoire⁽¹⁴⁾ ;
- > **la fréquence élevée de refus de prise en charge** par des médecins et pharmaciens qui rend plus difficile l'initiation d'un parcours de soin et d'un TSO⁽¹⁵⁾.

Enfin, le développement d'un projet d'aller vers en milieu rural se heurte plus particulièrement à :

- > **la persistance de représentations erronées**, selon lesquelles les usagers de « la campagne » seraient peu nombreux et n'auraient pas de besoin de matériel stérile mais uniquement d'une information de prévention, qui rend les financements et le soutien des autorités locales plus difficiles à obtenir ;
- > **l'invisibilité des personnes usagères** dans l'espace public comparativement à leur visibilité en espace urbain complique le diagnostic des besoins et la construction du lien ;
- > **un plus grand souci de discrétion des personnes** qui rend plus difficile leur rencontre. Cette préoccupation s'explique par des liens d'interconnaissance, plus denses qu'en ville, qui favorisent la circulation de l'information sur les usages de produits des uns et des autres. Elle s'explique aussi par une représentation de l'usager de drogues illicites assez proche de l'imagerie ambivalente du « fou du village » ou du mythe de l'étranger apportant le malheur, qui peut se traduire par une tolérance relative comme par des conduites de délation⁽¹⁵⁾ ;

.../...

- > un développement du recours aux nouvelles technologies et à La Poste pour l'approvisionnement en produits et en matériel de RDRD qui, généralement, amène les usagers vers les structures, mais qui, chez certains usagers, peut induire une rupture ou une absence de recherche de lien avec le CAARUD ou le CSAPA ⁽¹⁶⁾.



Cependant, il semble aussi qu'une fois rencontrées, les personnes s'approprient plus rapidement le dispositif de RDRD car elles le perçoivent comme quelque chose de nouveau, de rare et dont ils peuvent bénéficier au même titre que ceux qui vivent en ville ⁽¹⁵⁾.

IL EST FONDAMENTAL DE PROCÉDER RÉGULIÈREMENT À UNE MISE À JOUR DU DIAGNOSTIC SUR LEQUEL S'EST CONSTRUITE L'ACTION HORS-LES-MURS : les premiers constats sont-ils toujours pertinents ? Ceci implique de rester attentif aux données qui méritent d'être intégrées, complétées, nuancées, invalidées, dès les premières maraudes à pied, tournées en véhicule, rencontres avec des professionnels du dispositif local, des riverains, des élus ou la police, puis durant toute la phase de développement de l'action.

C'est en partie grâce à cette actualisation permanente des données que peuvent apparaître les ajustements qu'il serait utile, voire indispensable d'apporter au fonctionnement de l'action pour améliorer sa pertinence. Cette actualisation est particulièrement nécessaire dans le cas des diagnostics à l'origine d'une commande institutionnelle, ou lorsque le projet est né d'observations sur un petit nombre d'usagers et d'hypothèses quant à leurs besoins.

> Commencer à définir les modalités opérationnelles de l'action ou du dispositif

“

Faire un diagnostic c'est aussi accepter de se prendre des portes fermées.

”

CSAPA ÉMERGENCE ET CAARUD LOU PASSAGIN, SOS-SOLIDARITÉS

Qu'il s'agisse de créer une unité mobile, une permanence ou une consultation avancée dans une structure partenaire, le recueil d'informations sur les personnes usant de produits psychoactifs au sein d'un territoire donné n'a pas seulement pour but de renseigner des situations sociales, des pratiques d'usage, des prises de risques et des besoins d'accès à la réduction des risques, aux soins, à l'aide sociale. D'une part, tous les usagers de produits psychoactifs du territoire ou vus dans une structure partenaire ne sont pas nécessairement concernés par l'action qui verra le jour. D'autre part, le diagnostic permet aussi de repérer les contraintes et les obstacles auxquelles sa mise en œuvre va être confrontée ainsi que les ressources et les leviers qui la faciliteront.

Ainsi, il existe une continuité entre le contenu du diagnostic et le choix des modalités d'organisation et de mise en œuvre concrète de l'action. Les thèmes, les lieux, les temporalités

(horaires et jours) du recueil de données doivent donc permettre de définir trois grandes dimensions opérationnelles :

- **LE PUBLIC CIBLE, CONSIDÉRÉ DANS SES DIFFÉRENTES COMPOSANTES** : quels sont les différents profils de personnes usagères pour lesquelles l'action serait particulièrement pertinente ? Quelles sont les problématiques sociales (grande précarité, conditions de vie, bracelets électroniques, sorties temporaires de prison...) ou de santé (comorbidités psychiatriques, niveaux de contamination VIH et VHC...) susceptibles d'interférer avec le recours au dispositif hors-les-murs ? La géographie du territoire draine-t-elle des personnes aux styles de vie et aux besoins particuliers ? Par exemple, les zones frontalières et les grands axes de circulation économique sont synonymes de présence importante de personnes de passage (saisonniers, migrants). Quels micro-territoires et populations rencontrent des difficultés accrues pour accéder à la réduction des risques, aux soins et aux droits ? Etc. ;
- **LES LIEUX, LES HORAIRES ET LES FRÉQUENCES DE MISE EN ŒUVRE** : quels sont les lieux et les moments qui correspondraient le mieux aux axes et aux espaces de circulation et de rencontre des personnes usagères ? Quels sont ceux qui répondent le mieux à leur souci de discrétion ? Quels sont ceux qui susciteraient le moins d'opposition de la part de riverains ou d'élus ? Où se situent les caméras de surveillance et où passent les rondes policières susceptibles de décourager la sollicitation du dispositif ? Etc. ;
- **LES PARTENARIATS** : quelles structures et services apparaissent privilégiés par les personnes usagères de produits au regard de leur parcours de soin sur le territoire et les plus pertinents en terme de travail partenarial ? Quelles équipes des services et structures expriment explicitement ou implicitement (par exemple, du fait d'un seuil d'exigence trop élevé) le sentiment d'être en difficulté avec les usagers de produits et sont susceptibles d'être intéressées par la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA ?



► LE DIAGNOSTIC PRÉALABLE EST UN OUTIL DU TRAVAIL PARTENARIAL

L'analyse des besoins sur le territoire est une opportunité pour mieux connaître et se faire connaître de l'ensemble des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux du territoire, et pour anticiper les stratégies de construction de partenariats.

Il permet :

- **d'identifier** leurs positionnements et pratiques professionnels respectifs vis-à-vis des personnes usagères de substances, notamment ceux qui peuvent compliquer leur inscription dans une démarche de soins et d'amélioration de leur situation sociale ;
- **d'évaluer** leur disposition à nouer un partenariat avec une équipe mobile de réduction des risques ou à accueillir une consultation avancée ou une permanence dans leurs locaux ;
- **de repérer** les équipes en difficulté avec les personnes usagères et avec lesquelles il serait pertinent de nouer un partenariat de l'ordre de la formation et du soutien pour améliorer leur réponse aux besoins de ce public ;
- **de distinguer** ceux qui, convaincus de la pertinence de l'action, peuvent être des appuis lors de la recherche de financements ou de la négociation avec la municipalité.

3.3 DIFFÉRENTES TECHNIQUES

« **D** iagnostic », « analyse des besoins », « échanges avec les gens » ou « enquête statistique » sont autant de termes désignant un recueil de données qui vise les mêmes objectifs mais qui peut être réalisé de différentes manières. En fait, le diagnostic préalable à la mise en œuvre d'une action hors-les-murs renvoie rarement au modèle de l'enquête en sciences sociales (recherche bibliographique, observations répétées sur les mêmes lieux pendant plusieurs mois, entretiens avec l'ensemble des acteurs du territoire jusqu'à saturation de l'information, comparaison des données qualitatives et quantitatives avec celles issues d'autres études, rédaction d'une synthèse). Le plus souvent, il procède plutôt de **la combinaison de techniques d'observation directe** (auprès des personnes usagères) **et de techniques d'observation indirecte** (auprès d'autres acteurs).

Ces techniques sont choisies en fonction du territoire cible de l'action, des moyens humains et matériels de la structure, de la disponibilité de données sur le public et le territoire, de l'état de développement du projet, ou encore des préférences des personnes qui développent l'action. Par exemple, il est plus facile de trouver des données sur les grandes villes que sur les agglomérations de taille moyenne et sur les zones rurales. D'autre part, certains professionnels sont plus à l'aise avec les échanges informels, tandis que d'autres privilégient l'analyse de chiffres déjà produits ou les enquêtes existantes, notamment lorsque le projet démarre avant que des rencontres avec le public cible aient pu avoir lieu. Enfin, étant moins coûteux – mais pas nécessairement plus rapide – un diagnostic "flottant", par observations et discussions au gré des opportunités de rencontres et d'échanges, est souvent préféré à la réalisation d'un recueil de données systématique.

Il est toutefois essentiel de recourir à plusieurs techniques afin de confronter différentes sources d'information, de croiser les données et de repérer les récurrences et les divergences :

- **l'observation** des personnes usagères, de leurs pratiques, de leurs conditions de vie et de leurs besoins, dans le cadre de maraudes, de visites à domicile, de visites aux autres structures et services du territoire ;
- **les échanges spontanés et informels** avec des personnes usagères, des professionnels de santé ou du travail social, des riverains, des élus, des agents de police ou de gendarmerie, au gré de rencontres dans l'espace public, de réunions ou d'événements publics ;
- **les entretiens individuels ou collectifs** avec des professionnels de santé et du travail social. Organisés sur rendez-vous, ils peuvent être ponctuels ou répétés pendant une période donnée, avec une ou plusieurs personnes d'un service ou d'une structure ;
- **les diagnostics produits par les institutions** (ARS, municipalité, préfecture), qui peuvent se présenter sous la forme d'un rapport relativement complet, ou seulement compiler des informations parcellaires relayées par des acteurs du territoire ;
- **l'analyse de données quantitatives locales** produites par des organismes d'étude en sciences sociales ou par des pharmacies, des hôpitaux, des laboratoires pharmaceutiques, la CPAM... ou des structures de réduction des risques ou de soins spécialisés ;

IDENTIFIER LES BASSINS DE CONSOMMATION DE PRODUITS aide à définir le territoire de couverture d'une équipe mobile. Pour ce faire, on peut recueillir :

- > les chiffres de vente de Steribox® auprès des grossistes répartiteurs en pharmacie,
- > la liste des médecins prescripteurs de TSO auprès des laboratoires pharmaceutiques,
- > les lieux fréquents d'abandon de matériel usager auprès des services municipaux d'hygiène ou de police.



→ l'utilisation de **rapports d'enquêtes** produits par des organismes scientifiques : les enquêtes TREND, RECAP et ENa-CAARUD de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, les enquêtes OPPIDUM et OPEMA des Centres d'Étude, d'Information et de Pharmacovigilance, les études réalisées par les Observatoires Régionaux de Santé etc.



► PRÉSERVER LES FORMES D'OCCUPATION ET DE DÉPLACEMENT DES PERSONNES DANS LE TERRITOIRE

Diffuser le diagnostic de territoire hors de la structure exige de se poser une question délicate : à qui fait-on remonter l'information et comment ?

Mettre en exergue la réalité des besoins peut susciter une « panique morale »**** chez les élus, les institutions ou la police lorsque le diagnostic leur est communiqué. En l'occurrence, les élus locaux et la police peuvent choisir une réaction répressive : fermeture du squat, présence policière aux abords du lieu de revente et/ou de consommation, installation de vidéo-surveillance...

Ce type de réactions peut déstabiliser les manières dont les personnes usagères habitent le territoire, y circulent et en utilisent les ressources, ainsi que les rapports d'entraide et d'auto-support qu'elles ont noué. Il peut provoquer le déplacement du public cible de l'action vers d'autres lieux qu'il faudra de nouveau identifier. Il peut aussi compliquer, voire empêcher la construction du lien si les personnes usagères établissent un lien de cause à effet entre l'arrivée de professionnels souhaitant mettre en œuvre un projet d'aller vers et le changement d'attitudes des autorités à leur endroit.

Choisir ses interlocuteurs, sélectionner les informations et être précautionneux dans le langage utilisé pour les diffuser évite de compromettre la mise en œuvre de l'action, de la rendre contre-productive pour les personnes usagères... et d'avoir à recommencer à zéro la phase de diagnostic et de prise de contact avec le public cible.

**** La « panique morale » décrit la réaction émotionnelle et la mobilisation d'acteurs politiques, de la société civile et des médias face à un phénomène lié aux substances illicites. L'expression est empruntée à S. REDHEAD (17).

S'APPUYER SUR L'EXPERTISE DES PERSONNES USAGÈRES

“

CAARUD 14
EPSM

On ne touchait pas du tout le monde. Il y avait des personnes qui venaient parfois de 50-80 km, juste pour aller à la cantine. Ils nous demandaient des quantités de matériels absolument énormes et ils disaient surtout : « j'ai des amis qui ne viennent pas ». On s'est rendu compte qu'il fallait absolument sillonner le département.

Ceux qui venaient jusqu'à nous, on leur demandait d'où ils venaient la première fois. Ils répondaient ou pas. On s'est servi de leur expertise pour découper le territoire en fait, pour savoir combien de personnes à peu près, est-ce qu'on serait les bienvenus...

”

Quelles que soient les techniques utilisées dans le diagnostic des besoins, l'expertise des personnes usagères, qu'elles privilégient les produits illicites, l'alcool ou les médicaments, est souvent la source d'information qui oriente le plus fortement la définition du public cible et des modalités opérationnelles de l'action comme les ajustements qu'elle subira dans le temps. L'expertise endogène ou « expertise des usagers » se caractérise par trois composantes à prendre en compte et produit des bénéfices différenciés selon la phase de développement du projet.

4.1 UN SAVOIR EN TROIS COMPOSANTES

L'expertise des usagers ne renvoie pas à des savoirs formalisés et sanctionnés par un diplôme, mais relève plutôt d'un *savoir d'expérience*, de connaissances que la personne a acquises ou élaborées, au fil du temps, au gré de ses prises de produits, de ses multiples interactions et relations avec d'autres personnes usagères et de sa fréquentation d'un plus ou moins grand nombre de services et de structures. Ce savoir est plus ou moins riche selon les individus, l'ancienneté de leur expérience de l'usage, la diversité des produits qu'ils ont utilisés, les contextes et sociabilités d'usage qu'ils ont investis, et leur prise de recul vis-à-vis de leur pratique d'usage et de celles de leurs pairs.

Ce savoir agrège trois registres de connaissance :

- des **SAVOIR-FAIRE** - auxquels est souvent réduit le savoir des usagers de produits psychoactifs licites et illicites ⁽¹⁸⁾ : ils renvoient à l'articulation de *savoirs techniques* et de *savoirs pharmacologiques*. Les savoirs techniques ont trait aux pratiques et aux codes d'approvisionnement en produits, à leurs procédés de préparation et d'administration, aux techniques d'induction et de gestion des effets, et aux pratiques de régulation des prises et de réduction des risques. Ils dépendent donc de savoirs pharmacologiques, relatifs aux effets des produits licites et illicites, aux dommages que leur usage peut induire sur la santé, les relations et l'insertion sociales. Ces savoirs pharmacologiques relèvent aussi de la connaissance que chaque individu acquiert quant à la manière singulière dont il réagit physiologiquement et psychologiquement aux produits et se montre vulnérable à la survenue de ces dommages ⁽¹⁾ ;
- des **SAVOIRS** : ils renvoient aux savoirs pharmacologiques déjà évoqués et aux connaissances sur les autres usagers que la personne côtoie régulièrement ou qu'elle ne fait que croiser : produits et voies d'administration utilisés ou privilégiés, prises de risques infectieux et contagieux, problèmes de santé relatifs à l'usage, lieux et moments d'approvisionnement en produits, endroits de passage et de rassemblement, situations sociales et économiques, conditions de vie, besoins en termes de réduction des risques, de soins et d'accès aux droits, difficultés rencontrées dans le rapport aux services et aux structures. Ces savoirs de type ethnographique sont moins accessibles aux professionnels que les savoir-faire car ils requièrent une curiosité et des aptitudes pour observer et rendre compte de ces observations à une tierce personne qui sont inégales selon les usagers ;
- des **SAVOIR-ÊTRE** : les personnes usagères élaborent, se transmettent et apprennent des codes, des règles, des valeurs, relatifs à l'approvisionnement et à la consommation, à l'occupation de l'espace, aux interactions avec des usagers ayant des pratiques différentes, aux rapports avec les riverains, la police, et les professionnels de santé et du travail social. L'appropriation et la mobilisation de ces codes, règles et valeurs leur permettent d'aller vers et de nouer des liens avec d'autres usagers, voire de désamorcer des tensions, beaucoup plus aisément que quelqu'un (en l'occurrence, un professionnel de CAARUD ou de CSAPA) qui ne les possède pas. Ces savoirs-être expliquent aussi que certaines personnes assurent efficacement un rôle d'*usager relais* auprès de pairs particulièrement réticents à entrer en lien avec des professionnels du dispositif spécialisé.



RECUEILLIR ET VALORISER LE SAVOIR DES PERSONNES USAGÈRES

Le respect des personnes exige de ne pas se contenter de solliciter l'expertise des usagers via des techniques directives : discussions informelles, questionnaires... Il est préférable de mettre en place des modalités qui officialisent cette expertise et qui donnent aux personnes le sentiment d'être reconnues comme disposant d'un savoir que d'autres n'ont pas.

*Par exemple, des **groupes experts** peuvent être mis en place régulièrement autour de différentes thématiques (RDRD lié à l'injection, usages de produits et sexualité, hépatite C...) et une valorisation peut se faire sous forme de flyer ou d'affiche rendant compte des savoirs diffusés et partagés. On peut aussi confier aux personnes des rôles actifs au sein de l'équipe de la structure : **médiateurs** ⁽¹⁹⁾ auprès de leurs pairs et des riverains, ou **co-formateur** avec un membre de l'équipe auprès de professionnels partenaires.*



► OBJECTIVER L'INFORMATION DONNÉE SUR LES PAIRS

Dans le discours que les personnes tiennent sur les autres usagers de produits, peuvent se mêler de vraies connaissances sur les situations, les pratiques et les besoins des personnes de leur entourage, et des points de vue qui reflètent moins la réalité que des préjugés et des affects (de l'ordre de l'aversion et du conflit, ou de la sympathie et de l'alliance).

D'où la nécessité de :

- **distinguer, si possible, ce qui peut relever des représentations et des opinions, parfois péjoratives, et ce qui relève d'informations objectives.** Ceci peut se faire en les amenant à approfondir leurs propos : est-ce leur propre observation ou un « on-dit » ? L'ont-elles observé plusieurs fois ? Depuis longtemps ? S'agit-il de personnes qu'elles voient régulièrement, avec lesquelles elles discutent ? Quels sont leurs rapports avec elles – cordiaux ou conflictuels ? Combien de personnes sont concernées ? ;
- **recouper l'information** : est-ce que d'autres personnes usagères font les mêmes observations ? Les constats de riverains, de professionnels de santé ou du travail social, de la police, d'élus tendent-ils à les confirmer ? Quelles contradictions apparaissent et dans quelle mesure est-il nécessaire de les prendre en compte pour définir les modalités opérationnelles de l'action ?

4.2 DIFFÉRENTS BÉNÉFICES SELON LA PHASE DE DÉVELOPPEMENT DE PROJET

Les techniques de sollicitation des savoirs des usagers et les bénéfices qui peuvent en être retirés diffèrent selon la phase de mise en œuvre d'une action hors-les-murs.

Trois moments d'appui sur cette expertise peuvent être distingués :

- avant la définition des modalités de mise en œuvre de l'action et son lancement, la sollicitation de cette expertise passe essentiellement par des échanges informels. Soit les professionnels questionnent explicitement et de manière systématique les personnes qu'ils accompagnent à l'intérieur de la structure ou dans le cadre de maraudes. Soit les personnes font spontanément remonter des informations sur leurs pairs et cela exige de la part des professionnels une capacité à y être attentifs, à les prendre au sérieux et à les approfondir. Cette parole qui permet de mieux connaître les problématiques et les besoins relatifs aux usages de substances sur le territoire est déterminante pour **estimer la pertinence et la faisabilité de l'action et esquisser la définition du public cible et des modalités de mise en œuvre** ;
- au moment de la définition des modalités opérationnelles de l'action, les personnes usagères peuvent être invitées à des réunions de l'équipe concernant le projet hors-les-murs. Elles peuvent apporter des renseignements précieux sur les endroits et les moments les plus pertinents pour nouer le lien avec le public cible et implanter l'unité mobile ou faire des maraudes, ainsi que sur les lieux et les temporalités qui favorisent la rencontre des personnes les plus éloignées du dispositif médico-social. Elles appor-

tent ainsi un soutien parfois indispensable pour identifier des ajustements à apporter au fonctionnement, favoriser son appropriation par le public cible et limiter les pertes de temps dues à des choix de lieux et de temporalités inadaptés ;

- pendant la mise en œuvre effective de l'action, l'expertise des personnes usagères peut aussi être recueillie via la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS), la passation de questionnaires de satisfaction visant à évaluer l'action ou d'autres modalités d'expression de leurs points de vue. Elle est alors plus particulièrement un **support de formation des professionnels** portant sur les trajectoires et les pratiques d'usage, les savoirs, savoir-faire et savoir-être des usagers ainsi que sur les codes, valeurs et règles qui guident les relations entre eux et leurs rapports au dispositif sanitaire, social et médico-social. De plus, solliciter et tenir compte de l'avis des personnes concernées pour apporter des changements aux modalités opérationnelles favorise **l'émergence d'une relation de confiance**.



FAVORISER DES ESPACES DE LIBRE EXPRESSION

Recueillir l'avis des personnes usagères aide à comprendre ce qui pourrait être amélioré dans la mise en œuvre de l'action hors-les-murs. Mais les résultats des enquêtes de satisfaction et les prises de parole lors des conseils de vie sociale (CVS) sont parfois trop positifs, convenus et similaires pour rendre compte de la richesse et de la complexité de leurs points de vue.

L'animation des CVS et le recueil des réponses aux questionnaires par des membres de l'équipe ou leur seule présence favorisent les phénomènes d'auto-censure : expression rare et modérée des opinions négatives, non verbalisation des critiques les plus dures, refus de participer des personnes qui sont dans un rapport conflictuel... Ces phénomènes s'accroissent lorsque les professionnels adoptent une posture défensive à l'égard de la critique : contre argument, dérision, inattention...

Il est possible d'obtenir une expression des usagers plus libre, plus autonome par rapport au point de vue des professionnels, plus fine, plus critique, plus exhaustive dans ses variations :

- *en passant par des moyens indirects : entretiens recueillis par des étudiants ou des stagiaires dans le cadre de leur formation, audits réalisés par des prestataires extérieurs... ;*
- *en privilégiant les échanges informels : une écoute et un dialogue constants (hors des temps formels de recueil de leur avis) aident à comprendre les « petits » coups d'éclats ou les « gros » passages à l'acte contre des membres de l'équipe dont les causes peuvent relever en partie du fonctionnement du dispositif ou des pratiques et positionnements professionnels.*

LE(S) PARTENARIAT(S) : COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES AUTRES STRUCTURES ET DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION RESSOURCE

Mettre en place une action « hors sol », c'est-à-dire sans l'adosser à des partenariats, n'a pas de sens au regard de la diversité des parcours des personnes usagères. Sa mise en œuvre doit aussi permettre de démultiplier le panel de ressources qui leur sont accessibles pour réduire les dommages et les risques liés à leur usage et améliorer leur situation sociale. Le partenariat est propice au développement de la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA auprès des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au moyen de différents leviers et d'une posture professionnelle appropriée.

5.1 LES PARTENAIRES POSSIBLES

“

Tous les profils de publics, aussi différents soient-ils, vont quelque part. Ils sont tous forcément en lien, à un moment donné, avec des professionnels.

”

CSAPA/CAARUD AXESS, SOS-SOLIDARITÉS

L'équipe qui anime l'action hors-les-murs s'inscrit dans le territoire dans une logique de complémentarité avec les autres structures et services du territoire cible de l'action. Mais elle assure aussi une fonction d'intermédiaire et de traducteur entre ces structures et services, ainsi qu'avec les usagers de produits, qui doit permettre de **faciliter l'accès de ces derniers au dispositif local et leurs rapports avec les professionnels**. Cela suppose au préalable de rencontrer les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux du territoire et de mettre en place des habitudes de travail commun.

Dans l'absolu, **toutes les structures et services sanitaires, d'aide sociale ou médico-sociaux d'un territoire peuvent devenir des partenaires de l'action hors-les-murs** : CAARUD, CSAPA, microstructures addiction, maisons pluri-professionnelles de santé, pharmacies, SAMU, 115, CHRS et centres de jour, unités sanitaires en établissement pénitentiaire, hôpitaux et services hospitaliers de psychiatrie ou d'hépatologie, PASS, équipes mobiles psychiatrie et précarité...

Dans les territoires où le dispositif est restreint et dispersé géographiquement, notamment en zone rurale, il est souvent nécessaire de nouer des relations de travail privilégiées avec des acteurs qu'il est moins utile de solliciter dans les plus grosses agglomérations : médecins généralistes, accueils de jour, CCAS, CADA, police municipale, Missions locales, entreprises d'insertion, mairies, point accueil écoute jeunes, maisons des adolescents et clubs de prévention ...

Cependant, certains services et structures sont privilégiés en termes de partenariat. Ils sont mieux situés géographiquement, pour des raisons de proximité avec l'action hors-les-murs ou d'accessibilité géographique, d'accueil spécifique d'un grand nombre de personnes usagères, ou d'une demande de soutien pour travailler avec ce public et s'approprier la démarche de réduction des risques.



IDENTIFIER LES PARTENARIATS LES PLUS PERTINENTS ET LES PLUS FACILES À METTRE EN PLACE

Sur chaque territoire de mise en œuvre d'une action hors-les-murs, les partenaires potentiels ne souhaitent pas tous engager un travail rapproché avec une structure de RDRD ou de soins en addictologie. Certains peuvent aussi estimer que leur file active d'utilisateurs de produits est trop petite pour justifier le déploiement de moyens matériels et humains que requerrait la mise en place d'un partenariat. En outre, l'étendue du territoire et le nombre d'acteurs présents peuvent rendre très chronophages leurs rencontres et obligent à développer des tactiques pour gagner en efficacité.

Certains éléments peuvent constituer des indicateurs d'une disposition (voire d'une attente) de la structure ou du service à mettre en place un partenariat :

- les chiffres de délivrance de TSO en pharmacie permettent de cibler celles qui en délivrent le plus, qui ont des files actives d'utilisateurs un peu plus importantes, et sont donc susceptibles d'être le plus intéressées par un partenariat ;
- le diagnostic, enrichi de l'expertise des usagers et des enquêtes produites par des institutions ou des organismes d'étude, permet d'identifier les bassins où les niveaux de consommation sont les plus élevés. Dans ces micro-territoires, les acteurs du soin et de l'aide sociale sont plus souvent en difficulté dans l'accompagnement des personnes usagères de produits ;
- les réseaux de santé et d'aide sociale ainsi que les microstructures addictions constituent souvent un appui pour identifier les autres acteurs du territoire avec lesquels un partenariat serait plus particulièrement pertinent et/ou possible et pour entrer en lien avec eux ;
- développer des liens avec les Equipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permet de faire connaître le travail du CAARUD, du CSAPA et de l'action hors-les-murs, et de repérer les professionnels qui les sollicitent pour accompagner des usagers de produits.

5.2 LES OBJECTIFS

“

Aller vers, c'est aussi se demander quel est le relais et quel serait le lieu qui pourrait mieux accueillir les usagers et dans ce cas-là de trouver soit le partenaire, soit implanter une antenne, pour que la personne puisse, si elle le souhaite, se rapprocher d'un lieu un peu plus institutionnalisé, se rapprocher du soin. Les CAARUD et les CSAPA proposent, après la personne dispose.

C'est la possibilité, au-delà de consommer en prenant moins de risques, d'accéder à un éloignement de la consommation, à un ralentissement, voire un arrêt. Donc dans le diagnostic et notre analyse, on essaie de construire un parcours sur le territoire dans lequel on intervient.

”

CAARUD
LOU PASSAGIN ET CSAPA EMERGENCE, SOS-SOLIDARITÉS

Quel que soit le type de structure ou de service impliqué, la mise en place d'un partenariat vise à améliorer la réponse aux besoins des personnes usagères et peut avoir deux grands objectifs :

→ **FACILITER L'ACCÈS DES USAGERS DE PRODUITS AU DISPOSITIF SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL LOCAL.**

La mise en place d'une unité mobile, d'une permanence ou d'une consultation avancée chez un partenaire améliore l'accessibilité de l'offre de réduction des risques ou de soins en addictologie quand le CAARUD ou le CSAPA le plus proche se situe à plusieurs dizaines de kilomètres du lieu de vie. Ainsi, en zone rurale, les personnes découvrent souvent le dispositif spécialisé par le biais d'une action hors-les-murs⁽¹⁰⁾. D'autre part, l'inscription de l'action hors-les-murs dans des partenariats avec d'autres structures et services du territoire lui confère de fait une fonction de mise en lien, voire de médiation dans les situations de crise, entre les usagers de produits et les professionnels du dispositif social, sanitaire et médico-social local. En assurant ce rôle, elle transmet à ces derniers des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire relatifs à l'accompagnement des usagers de produits ;

→ **SOUTENIR UNE STRUCTURE OU UN SERVICE DANS SON TRAVAIL AUPRÈS DES PERSONNES USAGÈRES DE PRODUITS.**

Généralement, un membre de l'équipe interpelle le CAARUD ou le CSAPA pour répondre aux questions qu'il se pose sur les produits psychoactifs, leurs usages, les dommages qu'ils peuvent induire, le soutien à la gestion de leur consommation ou sur l'orientation spécifique qu'il peut proposer à une personne. Saisir cette interpellation comme une opportunité pour développer la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA permet *in fine* d'améliorer la réponse du partenaire aux besoins des usagers de produits.



LE PARTENARIAT : UN ATOUT DU DÉVELOPPEMENT ET DE RÉUSSITE D'UN PROJET D'ACTION HORS-LES-MURS

Aller à la rencontre des structures et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire dans le cadre du diagnostic et mettre en place des relations de travail partenarial, formalisées ou pas par une convention, facilite la conception et la mise en œuvre de l'action hors-les-murs.

En effet, rencontrer les autres structures et services lors du lancement de l'action aide à constituer la file active, notamment dans les communes où il est très difficile de rencontrer les usagers. Cela permet d'identifier les acteurs qui reçoivent plus particulièrement ce public et de sensibiliser les équipes à la nécessité d'une réponse spécifique à leurs besoins, complémentaire à celles qu'elles leur proposent. Ils peuvent ainsi devenir un relais important de communication sur l'existence de l'action hors-les-murs et faciliter la prise de contact comme la construction du lien avec les usagers.

L'existence de relations de travail partenarial antérieures rendra plus facile et plus efficace l'orientation des personnes, accueillies dans le cadre de l'action hors-les-murs, vers les autres services et structures. Celles-ci transfèrent plus facilement confiance aux professionnels du CAARUD ou du CSAPA à d'autres professionnels dès lors qu'ils ont la confiance des partenaires qui les orientent ⁽²⁰⁾.

De plus, la qualité du partenariat noué avec une structure ou un service favorise l'inscription de l'action dans le territoire. En effet, ces relations de travail encouragent d'autres acteurs à orienter vers l'équipe CAARUD/CSAPA ou à solliciter ses conseils pour accompagner une personne.

*D'autre part, les services et structures partenaires peuvent jouer le rôle d'**établissement relais**, à l'instar des **usagers relais**. Un travail de sensibilisation à l'approche de Réduction des risques peut les motiver à diffuser de l'information et du matériel de consommation, notamment en mettant en place un Programme d'Échange de Seringues (PES). Cette diffusion des supports d'information et du matériel mis à disposition par le CAARUD ou le CSAPA est un canal de communication sur l'existence de l'unité mobile, de la permanence ou de la consultation avancée.*

Enfin, l'existence de partenariats formalisés par une convention est un argument de poids auprès de la direction du CAARUD/CSAPA ou des financeurs, notamment des interlocuteurs de l'ARS, quant à la faisabilité de l'action hors-les-murs et à sa capacité à répondre aux besoins des usagers de produits. Elle permet aussi de valoriser la capacité de la structure à développer sa fonction ressource auprès des professionnels non spécialisés en addictologie.

Selon le niveau d'engagement auquel sont disposés les autres services et structures, la mise en œuvre du projet hors-les-murs peut s'adosser à un (ou des) partenariat(s) informels ou à un (ou des) partenariats formalisés.

Lorsque les autres structures et services du territoire sont sollicités essentiellement pour orienter des personnes usagères ou assurer un rôle de médiation entre elles et les professionnels, il s'agit généralement d'un **partenariat informel**.

Si le CAARUD ou le CSAPA intervenait déjà sur le territoire en amont du projet hors-les-murs, il a développé des relations de travail partenariales avec certains services et structures dans le cadre de son activité ordinaire, et va pouvoir mobiliser ces ressources dans le cadre de cette nouvelle action. La mise en place d'une action (notamment d'une unité mobile) sur un territoire dans lequel il n'intervenait pas jusque-là – même s'il reçoit des personnes qui y vivent – requiert de développer une « base arrière », constituée à la fois par son offre de réduction des

risques et/ou de soins spécialisés et par d'autres structures et services afin d'y orienter son public et de répondre à ses besoins. Ces relations de travail partenariales reposent souvent sur la confiance, la confiance et l'interconnaissance entre deux professionnels de différentes structures. Ce type de partenariat est donc à la fois facile à mettre en œuvre mais très « personne-dépendante ». Il importe donc d'être attentif au *turnover* des professionnels dans la structure partenaire afin d'anticiper le relais et éviter que le départ du professionnel partenaire n'ait pour conséquence à termes une dégradation du travail partenarial.

En revanche, la mise en place d'une action hors-les-murs de type consultation avancée ou permanence dans les locaux d'une structure partenaire exige plus particulièrement de nouer un **partenariat formalisé** au moyen d'une convention.

C'est également souvent nécessaire lorsque la structure développe l'action dans un territoire sur lequel elle n'intervient pas. Cette formalisation peut demander plusieurs mois de réunions, d'échanges informels et de négociation, et un investissement important d'une personne de l'équipe. Mais une fois achevée, elle permet d'éviter que le *turnover* des professionnels ou le changement de direction mette en danger la pérennité du partenariat. Enfin, si ce n'est pas toujours nécessaire dans le cas de l'activité ordinaire de la structure, formaliser les habitudes de travail partenarial offre une relative garantie de faisabilité et de continuité de l'action hors-les-murs.

5.3 DÉCIDER UNE STRUCTURE À S'ENGAGER DANS UN PARTENARIAT

“

CAARUD
TEMPO - OPPELIA

Aller chez les autres ça nécessite du temps, pour former, pour rassurer parce que c'est toujours très fragile, ça fait toujours peur. Le partenaire trouve une seringue dans les toilettes et il dit « on va arrêter de distribuer des seringues ». Donc il faut reprendre les choses. C'est beaucoup de temps qu'on dégage pour les gens. Il faut convertir tout le monde. Ce n'est pas seulement les éducateurs. C'est aussi le chef de service, le directeur, le président et ce n'est pas simple.

”

La construction d'un partenariat requiert plus ou moins d'investissement en termes de temps et de professionnels mobilisés selon les structures ou services sollicités. En l'occurrence, **le nombre d'interlocuteurs à convaincre et le temps à y consacrer** peuvent décourager le projet de partenariat. Outre le turn-over des équipes et des directions, le principal frein à l'établissement et à la formalisation d'un partenariat relève des réticences de certains professionnels à travailler avec une structure de réduction des risques ou de soins en addictologie.

Ces réticences peuvent être motivées par des représentations négatives sur les personnes usagères de drogues illicites ou dépendantes aux substances réglementées (alcool, médicaments) et par la crainte de travailler avec ce public ou d'engager un travail plus approfondi autour de l'usage de produits, de la réduction des risques et des dommages, voire de la sortie de l'usage. Elles peuvent aussi être liées à un positionnement moral ou idéologique diffé-

rent sur l'usage de produits illicites et sur l'usage abusif et/ou détourné de produits licites et à une incompréhension du pragmatisme dont relève la réduction des risques et des dommages, souvent perçue comme une approche qui facilite l'usage au lieu de promouvoir la préservation de la santé – en enjoignant à l'abstinence par exemple.

Les équipes des structures ou services partenaires peuvent également interpréter la main tendue de l'équipe du CAARUD ou du CSAPA comme une tentative d'ingérence de la part de l'équipe du CAARUD ou du CSAPA. Elles craignent que celle-ci remette en question ses positionnements et pratiques professionnelles et l'incite à adhérer et mettre en œuvre ses propres positionnements et pratiques.

Par conséquent, il est essentiel de **prendre le temps d'expliquer** aux partenaires potentiels du projet **la démarche de réduction des risques** ainsi que **le travail réalisé par une structure de RDRD ou de soins spécialisés en addictologie**. Il ne suffit pas d'expliquer les objectifs, les enjeux et les modalités possibles du partenariat uniquement à la direction de structure ou aux professionnels avec lesquels l'équipe du projet hors-les-murs est amenée à travailler. Construire un partenariat solide et pérenne nécessite de **convaincre toute l'équipe** – l'ensemble des professionnels ainsi que le chef de service et la direction – de sa pertinence au regard de la complémentarité des champs de compétences et des besoins des usagers. Identifier les leviers et élaborer des stratégies efficaces pour décider chacun à s'engager dans des relations de travail partenariales suppose ainsi d'être particulièrement patient et à l'écoute de son point de vue, de ses craintes et de ses représentations.

Certaines aptitudes des partenaires potentiels, leur vécu du travail avec des usagers de produits ou encore les attitudes de l'équipe du projet hors-les-murs peuvent être des leviers dans l'émergence puis la formalisation d'habitudes de travail partenarial.

- **LE SOUCI DE PRENDRE SOIN DE L'AUTRE ET LA CAPACITÉ D'EMPATHIE** avec la personne usagère du point de vue de ce qu'elle recherche dans l'usage, de ses difficultés à réguler ses prises de produits et à réduire les dommages et risques associés peuvent décider une équipe à s'engager dans le partenariat. Même s'il persiste une incompréhension de sa pratique au regard des dommages et des risques auxquels elle expose, les professionnels du dispositif social, sanitaire et médico-social non spécifique reconnaissent l'usager dans son altérité et, en conséquence, la nécessité de déployer des outils dans son accompagnement qu'eux-mêmes n'utilisent pas.
- **L'ISOLEMENT ET LE SENTIMENT D'ÊTRE DÉMUNI** des acteurs sanitaires et médico-sociaux dans les villes ou villages situés en zone rurale (pharmacies, médecins généralistes, CHRS...) peut susciter une attente de partenariat. Très éloignés d'un CAARUD ou d'un CSAPA, ces acteurs sont en recherche de structures ou de dispositifs vers lesquels ils pourraient orienter leur public usager et qui pourraient leur donner des clés dans son accompagnement.
- **LE TEMPS, L'ATTENTION À L'AUTRE ET LA DISCRÉTION** des professionnels qui développent l'action hors-les-murs sont souvent essentiels pour obtenir l'adhésion d'une structure ou d'un service à une proposition de partenariat. Il est primordial de lui laisser le temps de connaître et de comprendre le travail de Réduction des risques et de privilégier une posture de dialogue sur l'intervention auprès des usagers. Ceci lui permet d'appréhender la proposition de transfert des savoirs et des compétences comme un atout dans son activité quotidienne – plutôt qu'une contrainte ou une source de difficultés supplémentaires.

Sur un plan plus stratégique, trois registres de tactiques peuvent être articulés :

→ **COMMUNIQUER, EXPLIQUER** permet de convaincre progressivement de l'utilité de l'action :

- **commencer par lancer l'action** et construire le lien avec le public cible lorsque les acteurs se montrent rétifs au partenariat. Au fil du temps et de son développement, il sera plus facile de démontrer son sérieux et sa pertinence pour les usagers, de même que la fonction ressource qu'elle peut assurer pour l'ensemble des acteurs du territoire ;
- **répéter les temps de rencontre formels et informels** avec des professionnels des services et structures pour transmettre des connaissances sur l'usage de produits psychoactifs et faire un travail de traduction et de pédagogie autour de l'intervention ;
- **identifier le bon interlocuteur**. Un professionnel du service ou de la structure envisagé pour le partenariat est parfois une personne ressource pour convaincre les autres membres de l'équipe à s'y engager. S'il s'agit souvent de personnes déjà convaincues de la pertinence du travail accompli et du partenariat, se méfier des étiquettes permet parfois de repérer un interlocuteur auquel on ne s'attendait pas. Par exemple, un projet d'action en prison est parfois plus fortement soutenu par l'administration pénitentiaire que par l'unité sanitaire. Acquérir le soutien de cet interlocuteur et l'aider à convaincre son équipe nécessite de répéter les rencontres individuelles, afin de se faire connaître et de connaître les autres membres de l'équipe. Cet interlocuteur privilégié pourra être de nouveau une personne ressource dans la construction d'un partenariat dans le cas où il change de lieu de travail ;
- **manier l'étiquette médicale**. Pour certains interlocuteurs, la pertinence et la légitimité de l'action dépendent de son volet médical. Lors des premières rencontres visant la mise en place du partenariat, il est donc parfois utile, pour les CAARUD et CSAPA qui sont rattachés à un hôpital, de se présenter sous l'étiquette hospitalière, ou, pour ceux qui ne le sont pas, d'être accompagnés par le médecin de la structure ou un médecin qui a noué un partenariat étroit avec elle ;
- **mettre en exergue le soutien institutionnel**. Les actions hors les murs font partie des missions pour lesquelles les structures reçoivent de leur Agence Régionale de Santé (ARS) des financements spécifiques et parfois fléchés vers certaines structures (CHRS...). De plus, les ARS développent actuellement la planification régionale des « parcours de santé addictions ». Le soutien de l'ARS ainsi que la nécessité de s'inscrire dans le développement de ces parcours sont des arguments de poids dans la construction de l'action.

→ **IMPLIQUER LE PARTENAIRE DANS LA CONSTRUCTION DE L'ACTION** permet de désamorcer sa crainte d'une ingérence dans sa manière de travailler avec le public. Cela peut se faire en deux temps :

- **mettre en place des espaces de travail commun** autour de la définition des objectifs de l'action dans la perspective d'un accompagnement global de la personne (quel professionnel intervient sur quelle problématique), des modalités d'orientation réciproques et des modalités d'action conjointes. C'est l'occasion pour les professionnels de chaque structure d'apprendre à se connaître et à se reconnaître dans leurs champs de compétence respectifs ;
- **établir une convention**. Cela permet non seulement de fixer le cadre du partenariat, c'est-à-dire son contenu et ses règles (objectifs, horaires, lieux, compétences professionnelles mobilisées par chaque partenaire), les modalités de travail en commun et la répartition des rôles entre chaque structure dans l'accompagnement global d'une personne. La convention est également essentielle pour assurer la pérennité de l'action malgré le renouvellement des équipes.

→ **VALORISER LA FONCTION RESSOURCE** auprès de l'équipe partenaire contribue à ce qu'elle fasse progressivement confiance et qu'elle intègre l'action hors-les-murs dans ses pratiques professionnelles en informant les usagers sur son existence, en les orientant vers elle, en sollicitant son appui.

- **Proposer de former l'équipe dans une logique de renforcement de la prise en charge des personnes.** Cela répond et gratifie leur volonté de coopérer avec le CAARUD/CSAPA en acceptant de communiquer et d'orienter vers l'unité mobile, la permanence ou la consultation avancée, de diffuser des flyers de RDRD et de mettre en place un PES, et de s'engager dans des relations de travail partenarial.
- **Souligner que le partenariat facilitera le travail auprès des usagers de produits.** Pour que se construise une relation de confiance réciproque, il est essentiel de mettre en exergue les bénéfices du partenariat, notamment les échanges propices au transfert de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être dans l'accompagnement du public ainsi que la possibilité de déléguer à l'équipe de l'unité mobile, de la permanence ou de la consultation avancée, les réponses aux problématiques relevant plutôt de son champ de compétences.



CONSTRUIRE UNE RELATION PERSONNELLE PRIVILÉGIÉE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE PARTENAIRE

Il est plus facile de nouer un partenariat solide et pérenne avec une structure lorsqu'il existe déjà une relation interpersonnelle privilégiée avec un membre de l'équipe.

Cela demande d'aller, en personne, à sa rencontre pour faire sa connaissance, plutôt que seulement prendre contact par mail ou par téléphone. Il est également important de lui donner son numéro de portable, d'obtenir le sien et de lui rendre visite régulièrement, de façon informelle, pour échanger sur l'accompagnement du public usager de produits.

Lorsque le partenaire n'est pas accoutumé à travailler avec ce public ou s'estime en difficulté pour le faire, il peut être bienvenu de lui proposer d'accompagner physiquement les personnes lors des premiers rendez-vous, et d'assurer ainsi une médiation qui a pour effet de rassurer.

5.4 DÉVELOPPER LA FONCTION RESSOURCE

“

CSAPA
CASANOVA, SOS-SOLIDARITÉS

Si on en arrive aujourd'hui à transférer les compétences, à faire réfléchir à l'accompagnement de la personne dans sa globalité, c'est parce qu'on a été dans la continuité, on a été repéré, on a pu respecter le travail qui est fait, essayer de comprendre comment fonctionne le partenaire, sans juger, et réfléchir au niveau institutionnel à : c'est quoi notre place ? Quelle convention faire ? On est de quel côté ?

”



LA FONCTION RESSOURCE DES CAARUD ET DES CSAPA

Pour l'équipe d'un CAARUD ou d'un CSAPA, développer la fonction ressource consiste à **soutenir les professionnels du dispositif sanitaire, social et médico-social non spécifique** dans leur travail auprès des usagers de drogues réglementées et illicites. Il s'agit, à la fois, de les aider à faire face aux difficultés rencontrées dans l'accueil et l'accompagnement de ce public et à répondre à ses besoins en termes de réduction des risques et d'accès aux soins spécialisés. L'objectif est de permettre aux personnes usagères d'être mieux accueillies, en palliant le manque de formation des professionnels et leur sentiment fréquent d'incompréhension ou d'impuissance face aux conduites addictives.

Ce soutien réside dans la proposition de **transférer les connaissances et compétences particulières**, relatives à l'accueil et à l'accompagnement des usagers de produits, qui ont été acquises et développées par l'équipe du CAARUD, du CSAPA ou de toute autre structure de RDRD ou de soins spécialisé en addictologie. Il s'agit de transmettre des savoirs permettant aux partenaires de mieux comprendre le quotidien des personnes, leurs points de vue et leurs attentes, de transmettre des savoir-faire relatifs à leur accompagnement social, à leur accompagnement vers le soin et à leur orientation vers les structures spécialisées. Enfin, il s'agit de transmettre des savoir-être relatifs à l'accueil, à la sensibilisation à la réduction des risques, au soutien dans leurs démarches et à la gestion des moments de crise : rapports conflictuels avec la structure, cumul de difficultés pour la personne, états psychologiques et conduites induits par la surconsommation de produits, etc.

Cela demande à l'équipe en charge de l'action hors-les-murs (voire à l'ensemble de l'équipe de la structure) de **s'investir dans l'organisation, en concertation avec l'équipe partenaire, de temps et de lieux de transmission**. Ces temps s'articulent autour de deux axes :

- **déconstruire les représentations** souvent stéréotypées que les professionnels peuvent avoir des usagers de drogues (notamment illicites) en actualisant leurs connaissances sur les produits, les pratiques d'usage, les effets recherchés et les fonctions attribuées à l'usage, les différents profils, trajectoires et styles de vie des usagers ainsi que sur les dommages et les risques auxquels ils s'exposent et sur leurs stratégies et techniques de gestion des effets des produits, de régulation des consommations et de réduction des risques et des dommages ;
- **former l'équipe partenaire** pour qu'elle dispose d'une meilleure connaissance du dispositif de réduction des risques et de soins en addictologie et qu'elle appréhende mieux les besoins des usagers en termes d'informations et d'outils de réduction des risques, d'accompagnement vers une meilleure régulation de l'usage ou vers son arrêt, sur leurs attentes en termes de relations avec les professionnels comme de soutien dans leurs démarches de préservation de soi et d'amélioration de leur situation.

› Les leviers

Développer la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA auprès d'une structure ou d'un service partenaire s'avère parfois délicat au regard de la défiance des professionnels à l'égard d'un champ de compétences qu'ils méconnaissent souvent (la réduction des risques et les soins spécialisés en addictologie). Ils peuvent craindre un jugement sur leurs façons de travailler avec le public usager de produits, voire une tentative d'intrusion et de changement de leurs postures et de leurs pratiques. Ils peuvent aussi s'inquiéter du fait que la présence du professionnel d'une autre structure, venant animer la permanence ou la consultation avancée, vienne perturber la dynamique de l'équipe. Ou encore que le CAARUD ou le CSAPA soit d'abord préoccupé par la réussite de son projet et qu'il complique leur propre travail auprès des usagers en induisant une charge de travail supplémentaire ou de nouveaux problèmes.

Néanmoins, ces freins au développement de la fonction ressource peuvent être contournés à l'aide de différents leviers :

- **LA MISE EN PLACE D'UNE ACTION HORS-LES-MURS ET/OU L'EXISTENCE ANTÉRIEURE D'HABITUDES DE TRAVAIL PARTENARIAL** sont les contextes les plus propices à la proposition par le CAARUD ou le CSAPA d'assurer une fonction ressource auprès du partenaire, car leurs équipes se connaissent plus ou moins et qu'une relation de confiance existe déjà ;
- **LA FORMATION, QUI FAIT PARTIE DU SOCLE COMMUN DU PARTENARIAT.** La sensibilisation aux besoins spécifiques des personnes usagères de produits licites et illicites via une formation explicitant leurs usages des produits et les difficultés de différents ordres auxquelles elles sont confrontées, ainsi que les principes et résultats de la RDRD et des TSO et le réseau spécialisé d'accompagnement, peut motiver les professionnels à développer des habitudes de travail partenarial avec un CAARUD ou un CSAPA. Il est ainsi préférable d'articuler explicitement l'offre de formation à la proposition d'engager une réflexion commune sur la mise en œuvre de partenariats, tout en développant auprès d'eux un rôle ressource dans l'accompagnement ;
- **L'OUVERTURE D'OPPORTUNITÉS.** Il importe de rester vigilant aux possibilités de partenariat qui s'ouvrent avec le turn-over des professionnels partenaires (départ d'un directeur, d'un chef de service ou de professionnels réticents au partenariat, arrivée de professionnels ayant exercé en CAARUD ou CSAPA ou convaincus de l'intérêt du partenariat), avec la diffusion des résultats d'une étude (sur les consommations de produits au sein d'un territoire particulier ou de la file active d'une structure et révélant l'ampleur des problématiques relatives à l'usage auquel sont confrontés les professionnels du territoire ou de la structure, ou sur les difficultés que rencontrent les professionnels de certains structures et services dans le travail avec les usagers de produits et sur leurs besoins de formation ou de partenariat), ou avec l'évolution du cadre législatif et budgétaire (appels à projets, CNR, mise en place des CSAPA référents...) ;
- **DES PERSONNES RESSOURCES.** La construction du partenariat et le développement de la fonction ressource est parfois plus simple si l'on mobilise des personnes en capacité de convaincre l'équipe de son utilité. Celles-ci peuvent être :
 - **des professionnels de l'équipe partenaire** : ils peuvent non seulement être des facilitateurs dans la prise de contact avec le public, mais aussi des relais dans la communication sur la pertinence du partenariat et l'intérêt du soutien proposé par le CAARUD ou le CSAPA auprès de membres de l'équipe qui y sont plus réticents ;
 - **des professionnels de sa propre structure** qui peuvent avoir une approche similaire du partenariat et de la fonction ressource mais dont l'argumentation différente ou la

personnalité leur permet d'engager le dialogue avec les professionnels les plus hostiles ;

- **des usagers de produits avec lesquels un rapport de confiance a été noué.** La qualité du lien construit avec les personnes accueillies dans la structure partenaire et vues dans le cadre de l'action hors-les-murs encourage les professionnels à faire à leur tour confiance à l'équipe du CAARUD ou du CSAPA ;

→ **LA CONVENTION DE PARTENARIAT.** Elle rappelle la complémentarité des champs d'intervention et des compétences de chaque partenaire et situe l'intervention de chacun, en définissant l'objet, les modalités opérationnelles et les limites spécifiques de l'action. Elle a ainsi pour fonction de rassurer la structure partenaire quant au respect de son identité, de ses prérogatives et de ses postures et pratiques professionnelles.

› Adopter une posture professionnelle appropriée

Plus que la mise en œuvre d'un partenariat, le développement de la fonction ressource exige de créer des conditions favorables pour que les professionnels partenaires s'intéressent au travail du CAARUD ou du CSAPA, en viennent à questionner leurs propres pratiques et postures professionnelles dans l'accompagnement des usagers de produits, à exprimer un besoin de conseils et de formation pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.

Ceci exige de la part de l'équipe du CAARUD ou du CSAPA, notamment des professionnels qui animent l'action hors-les-murs, une posture fondée sur **le respect, l'échange et la reconnaissance de l'altérité professionnelle du partenaire.** Motiver l'équipe partenaire à s'engager dans le partenariat demande d'accorder de l'attention à son propre travail et de signifier qu'elle n'est pas uniquement un facilitateur de l'action hors-les-murs. Elle dispose de compétences spécifiques et de connaissances sur le territoire et les publics qui sont à la fois utiles et complémentaires au projet du CAARUD ou du CSAPA.

Il importe donc de s'efforcer à mieux connaître sa culture professionnelle et son cadre de travail, c'est-à-dire ses ressources et les contraintes structurelles, organisationnelles, matérielles qui pèsent sur son intervention auprès des usagers de produits (ou de l'ensemble de sa file active). Il s'agit aussi de comprendre ses difficultés dans l'accompagnement de ce public, c'est-à-dire saisir ce qui, dans sa formation, ses conditions de travail ou sa culture professionnelle, contribue à ces difficultés. Ainsi, il est préférable d'aménager des temps d'immersion dans la structure partenaire pour en comprendre le fonctionnement et les positionnements et pratiques professionnels.

Cependant, la relation de confiance se construit dans l'interconnaissance. Il importe donc aussi de **se faire connaître** du partenaire en décrivant sa propre pratique professionnelle, en l'invitant à venir visiter sa propre structure, à y être présent sur des temps conviviaux avec le public, à venir se présenter et participer aux réunions de sa propre équipe, ou à accueillir en binôme une personne usagère dans le cadre de l'unité mobile, de la permanence ou de la consultation avancée.

Gagner en crédibilité et légitimité auprès de la structure partenaire requiert de la **patience et une ouverture d'esprit**, mais aussi une **vigilance quant au risque de perdre sa propre identité professionnelle.**

Cela suppose d'adopter une posture de dialogue et de prendre en compte qu'il peut se passer un temps relativement long avant d'être reconnu par les partenaires dans son champ de compétences et d'obtenir leur adhésion à la proposition de partenariat. Une telle posture implique d'accepter que les professionnels partenaires puissent avoir un positionnement moral

ou idéologique différent sur l'usage et l'abus de drogues licites et illicites et sur les objectifs et les méthodes d'accompagnement des usagers. Elle requiert aussi d'envisager le partenaire comme une ressource et d'être disposé à ce qu'il interroge lui aussi sa propre pratique professionnelle. Il s'agit donc d'être attentif à sa difficulté de percevoir le partenariat comme une fonction ressource, d'ajuster l'action (ses objectifs, ses modalités opérationnelles) au regard de celle-ci ou de la faire évoluer en fonction de ce qui est acceptable aux yeux du partenaire.

Un des éléments clés sera également la capacité de la permanence ou de la consultation avancée à se fondre dans le fonctionnement ordinaire du partenaire, à ne pas y prendre trop de place, à ne pas vouloir se rendre indispensable. Il est ainsi préférable de se proposer sans s'imposer : en étant régulièrement présent durant plusieurs mois dans les espaces collectifs de la structure (accueil, réunions, lieu de repas...) et en se montrant disponible aux questionnements et réflexions des autres professionnels, tout en se faisant discret (aménager des temps d'absence, ne pas utiliser la moindre occasion pour transmettre des savoirs relatifs à l'accompagnement des usagers de produits, ne pas participer systématiquement aux réunions de l'équipe, rencontrer les usagers dans un bureau plutôt que la salle d'accueil, limiter le recours à des supports d'information, éviter de tenir de discours prosélyte sur le travail du CAARUD ou du CSAPA ou de s'ingérer dans l'accompagnement des personnes usagères etc.).

Mais le principal challenge est de **maintenir une approche globale de la personne tout en respectant son désir de confidentialité** (ne pas tout dire à tous les professionnels qui l'accompagnent) **et en préservant la distinction entre les missions de chaque partenaire**. Il importe de veiller à ne pas « sous traiter » l'activité d'accueil, d'accompagnement social et/ou de soin de la structure partenaire au détriment de la mise en œuvre des missions spécifiques du CAARUD ou du CSAPA. Inversement, le développement de la fonction ressource vise à améliorer la capacité des partenaires à répondre aux besoins d'information, de soutien et d'orientation des usagers de produits, et non qu'ils se substituent aux professionnels spécialisés.

› Les modalités opérationnelles

La mise en œuvre de la fonction ressource peut se faire selon plusieurs modalités, qu'il sera bienvenu de combiner tant que faire se peut :

→ LA FORMATION DIDACTIQUE :

- à la promotion de la santé
- à l'approche et aux outils de la RDRD
- aux approches thérapeutiques et aux traitements dans le soin spécialisé des addictions
- etc.



PRIVILÉGER LES MICRO-FORMATIONS

Une formation de grande envergure, réunissant l'ensemble des partenaires, est difficile à organiser. Cela demande de trouver des moyens logistiques adéquats (lieu adapté et pas trop éloigné géographiquement pour tous les partenaires) et de concilier les agendas : des tâches qui prennent beaucoup de temps et peuvent retarder la mise en œuvre de l'action.

Les micro-formations avec une seule structure sont plus faciles à organiser et répondent souvent mieux aux besoins peu ou prou spécifiques des différents partenaires. Le contenu peut en effet être individualisé en fonction des attentes de l'équipe et s'inscrire dans un suivi régulier (visites, appels téléphoniques 1 à

2 fois/mois, disponibilité et réactivité en cas d'appels de leur part) au gré de l'évolution de ses connaissances, de ses questionnements et de son travail avec les usagers de produits.

Ces micro-formations peuvent toutefois être combinées à une grande formation, avec l'ensemble des partenaires, organisée à plus longue échéance. Ce qui permet de pallier les contraintes relatives au temps et à la logistique et d'affiner la définition des besoins de formation et son contenu.

À signaler : les laboratoires pharmaceutiques débloquent parfois des fonds pour financer ce type de formation (cf. encadré p 66).

→ LA FORMATION PAR L'EXPÉRIENCE ET L'OBSERVATION :

- co-animer avec un professionnel partenaire ou avec un usager de produits un groupe de parole thématique (RDRD, pratique d'usages de produits, hépatites et VIH, piercing etc.) ;
- mettre en place des accueils individuels des personnes usagères en binôme (un professionnel du CAARUD ou CSAPA et un professionnel de la structure ou du service partenaire).

→ LES ÉCHANGES RÉPÉTÉS *via* :

- des visites régulières à la structure partenaire (en veillant à ne pas susciter la lassitude et l'agacement) ;
- une sortie régulière de l'espace dévolu à la consultation avancée ou à la permanence, pour aller à la rencontre de l'équipe.



► ASSURER UN SUIVI DU PARTENAIRE

Transférer des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être ne suffit pas toujours à une bonne compréhension, par le partenaire, des enjeux relatifs à la mise à disposition d'information et de matériel de RDRD ou à l'orientation vers les CAARUD et les CSAPA. Après les temps de formation, il est nécessaire d'assurer un suivi pour vérifier sa bonne mise en œuvre.

Par exemple, dans le cas où il a mis en place un Programme d'échange de seringues (PES), il importe de s'assurer que les professionnels ont une attitude respectueuse envers la personne usagère et ne portent pas un discours d'injonction à l'abstinence, ne conditionnent pas la délivrance de matériel à de quelconques critères, ne délivrent pas de matériel déjà utilisé, et observent les précautions nécessaires par rapport aux risques infectieux.

Il s'agit aussi de veiller à ce que la mise en place du PES ne mette pas le partenaire en difficulté et ne l'amène à se désengager de la démarche de RDRD. Plus généralement, au-delà de l'importance de la formation, il est essentiel d'apporter un soutien constant aux professionnels dans leur relation aux personnes usagères et par rapport aux événements difficiles rencontrés (actes de violence, décès...).

Enfin, ce suivi inclut la rencontre systématique des professionnels embauchés après la phase de construction du partenariat et la phase de formation pour leur expliquer la philosophie et les outils de la RDRD et du soin spécialisé en addictologie ainsi que les enjeux et les modalités du travail partenarial. Cet investissement permanent auprès des nouveaux embauchés conditionne la pérennité du partenariat et sa qualité.

S'INSCRIRE DANS LE TERRITOIRE : MESURER ET AMÉLIORER L'ACCEPTABILITÉ SOCIALE DE L'ACTION

La faisabilité du dispositif hors-les-murs (sa capacité à atteindre les objectifs initiaux) et sa pérennité dépendent en partie de son acceptabilité sociale. Construire l'action sans se demander dans quelle mesure elle est acceptable aux yeux des élus locaux, des riverains et des forces de l'ordre (police, gendarmerie), ni faire en sorte d'améliorer cette acceptabilité, c'est risquer d'être confronté tôt ou tard à des réactions hostiles susceptibles de perturber voire d'interrompre sa mise en œuvre. Ainsi, la notion d'« acceptabilité » est discutable car justement la tolérance ou l'acceptation par ces acteurs d'un dispositif spécialisé destiné aux personnes usagères de substances est rarement acquise définitivement. Ceci implique d'aller régulièrement à leur rencontre en privilégiant une posture pédagogique et d'écoute ⁽²¹⁾.

6.1 CONVAINCRE LES ÉLUS DE L'UTILITÉ SOCIALE DE L'ACTION

Il est souvent possible de débiter la mise en œuvre d'une unité mobile ou d'une permanence sans avoir obtenu l'aval de la municipalité et sans pour autant qu'elle s'y oppose ensuite. Cette réaction n'est pas forcément liée à une bonne connaissance et à une adhésion au travail réalisé par les structures et services de RDRD ou de soins spécialisés en addictologie, mais souvent à une compréhension des difficultés rencontrées par les personnes usagères de produits. Avec certaines, une à quelques rencontres avec le maire ou un adjoint suffisent à obtenir leur soutien ; avec d'autres, l'accord pour le développement du projet doit être officialisé dans le cadre d'un vote en conseil municipal.

En revanche, certaines municipalités privilégient des politiques excluantes vis-à-vis des usagers de produits vivant sur leur commune et peuvent réagir de deux façons au projet :

- soit elles veulent exporter le problème hors de la commune car elles ont le sentiment qu'il donne une mauvaise image de la ville et de l'équipe municipale aux yeux des administrés et des visiteurs et/ou parce qu'il pose des problèmes de salubrité, de tranquillité et sécurité publiques. Dans un premier temps, elles vont généralement s'opposer

au projet de crainte qu'il ne génère de nouvelles nuisances et suscite l'incompréhension et la colère de leurs administrés. Par la suite, après un temps de communication sur l'action, elles peuvent changer d'avis ;

- soit elles se montrent tout à fait indifférentes à la situation et aux besoins des usagers de produits et ne se préoccupent pas des services de RDRD ou de soins spécialisés qui peuvent leur être proposés. Elles ont donc plutôt tendance à laisser les mains libres pour développer le projet. Elles peuvent aussi dire leur accord de principe pour l'implantation du dispositif sans toutefois valider le lieu de stationnement de l'unité mobile ou le prêt du local mis à disposition pour une permanence.

Différentes stratégies peuvent être mises en œuvre et couplées, selon l'attitude de la municipalité vis-à-vis des usagers de drogues licites et illicites et ce dont l'équipe en charge de l'action peut faire ou s'estime en capacité de faire :

- **CHOISIR UNE POSTURE DE COMMUNICATION SUR L'ACTION.** Lorsque la municipalité est explicitement ou *a priori* hostile aux usagers de produits et conteste l'utilité et le bien fondé des politiques de santé publique les concernant, ou lorsque la négociation d'un emplacement pour l'unité mobile ou la permanence est particulièrement ardue, deux postures antagonistes ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients peuvent être adoptées :

- **éviter de paraître s'imposer.** Éviter de donner à l'équipe municipale le sentiment qu'elle ne fait que subir l'initiative aide à acquérir son soutien. Il s'agira de multiplier les rendez-vous avec le maire ou les élus, de prendre la parole lors des réunions et événements dédiés aux questions de santé publique, de sécurité et de tranquillité publiques (CLSPD, réunion d'information, portes ouvertes chez des partenaires...), de choisir avec elle le lieu de l'action (quitte ensuite à le changer discrètement si cela s'avère nécessaire pour faciliter le lien avec le public). Mais si cette méthode favorise le dialogue, elle peut nécessiter d'y consacrer beaucoup de temps ;
- **s'imposer.** Il est parfois plus efficace de rappeler que l'action relève d'une politique de santé publique dont les élus locaux sont aussi les relais et qu'ils ne peuvent légitimement pas empêcher. Cependant, démarrer le projet sans demander l'autorisation de stationnement de l'unité mobile ou consulter la mairie sur la localisation de la permanence, ou encore interpellier publiquement les élus sur la politique municipale en matière de réponse aux besoins des usagers de produits, c'est risquer une présence policière aux abords du dispositif, voire une interdiction de stationnement de l'unité mobile.

- **CONSTRUIRE UN ARGUMENTAIRE STRATÉGIQUE.** Élaborer un ensemble d'arguments, dont le contenu sera adapté en fonction du positionnement de l'équipe municipale à propos de l'accompagnement du public usager de produits, permet de préparer la rencontre avec les élus et de ne pas être pris au dépourvu par leurs propres arguments :

- les élus sont souvent plus sensibles à l'**argument de la santé publique et des risques de contamination pour l'entourage** des usagers qu'à celui de leur précarité, de leur vulnérabilité sanitaire et de leur éloignement des services et structures spécifiques ;
- il peut être efficace de mettre en exergue l'**utilité politique du dispositif pour l'équipe municipale** puisqu'il lui confère une image positive en matière de santé publique et d'aide aux résidents de la commune en difficulté ;
- il est préférable d'expliquer la pertinence de l'action hors-les-murs auprès des élus **en valorisant les partenariats déjà construits et sa fonction de facilitateur dans l'accès aux soins** et la sortie de l'usage abusif ou de dépendance, plutôt que le soutien en termes de réduction des risques ;

- selon la stratégie du « pas à pas », mieux vaut **commencer par aborder les sujets qui suscitent moins de peurs, de jugement et d'hostilité**. On parlera de RDRD alcool avant de parler de RDRD relative à la pratique d'injection, de l'usage de cannabis chez les jeunes avant d'évoquer le poly-usage des adultes en grande précarité, de mise à disposition d'informations sur les produits et les risques avant d'évoquer le Programme d'échanges de seringues etc. ;
 - il est préférable de **ne pas isoler la présentation de l'approche RDRD**, souvent mal connue et mal perçue, et de l'articuler à la prévention dans les lycées, les missions locales etc., dans une perspective de continuum préventif⁽²²⁾. Présenter la mise à disposition de supports d'information et d'outils de RDRD et l'intervention auprès des jeunes comme relevant d'approches dont les enjeux ne diffèrent pas mais sont inscrits sur un continuum (donner les moyens aux personnes de se préserver et de préserver leur entourage) favorise l'acceptabilité du dispositif ;
 - **le soutien de l'ARS** est un argument essentiel pour convaincre quant à l'utilité sociale du projet. On insistera donc sur le fait d'être mandaté/missionné par l'institution pour promouvoir la santé auprès de l'ensemble des usagers de produits, notamment les plus précarisés et les plus éloignés des structures spécialisées, et pour articuler les actions avec les parcours de santé addictions et/ou les actions relatives aux addictions dans les programmes régionaux de santé.
- **DÉVELOPPER LE PROJET PENDANT LE TEMPS D'ATTENTE** (souvent plusieurs mois) de l'accord de la mairie sur l'implantation, le lieu et les modalités opérationnelles du dispositif hors-les-murs :
- **lancer la mise en œuvre de l'action** permet de démontrer qu'elle ne génère pas de nuisances publiques supplémentaires tout en répondant aux besoins des usagers et d'acquérir plus facilement le soutien de la municipalité ;
 - **mettre en place le PES chez les partenaires** avant le démarrage de l'action hors-les-murs proprement dite et montrer aux élus, aux riverains et à la police que cela ne produit pas de nuisances particulières est d'une grande efficacité pédagogique quant à l'intérêt du projet hors-les-murs et rassure ;
 - **développer le travail de rue et la visite à domicile ainsi que la rencontre des services et structures du territoire/de l'agglomération** permet de ne pas perdre de temps en affinant le diagnostic, en commençant à constituer la file active du dispositif, en initiant des habitudes de travail partenarial.

6.2 RASSURER LES RIVERAINS

Tous les riverains (habitants, commerçants) d'un service ou d'une structure de RDRD ou de soins spécialisés en addictologie n'y sont pas opposés. Mais même lorsqu'ils sont peu nombreux, les opposants peuvent gêner sa bonne mise en œuvre ou, à tout le moins, représenter une source de stress pour l'équipe et une cause de conflit avec les usagers qui appelle la structure à assurer sa mission de médiation. Il convient d'adopter **une posture de dialogue, de patience, d'écoute, de respect de leurs inquiétudes et de leurs points de vue** pour les amener progressivement à accepter sa présence.

Le temps qui passe est le principal atout dans le changement positif de leur opinion. Au fil des mois, les riverains s'aperçoivent que l'action hors-les-murs n'a pas drainé de nuisances supplémentaires, ni ne les met particulièrement en danger⁽²¹⁾.

Ceci implique de **prendre le temps de leur parler**, de ne pas hésiter à multiplier les réunions publiques et les invitations aux journées « portes ouvertes » au local de l'action et au

CAARUD ou CSAPA, à faire du porte-à-porte pour aller se présenter en tant que professionnel, à laisser un numéro pour joindre l'équipe de l'action ou la structure en cas de questions ou de problèmes, à être présent sur les réseaux sociaux pour répondre aux détracteurs et déconstruire les représentations ou les rumeurs...

Rassurer exige aussi de **répondre aux sollicitations**, même si cela ne semble pas utile en termes de lien avec les personnes usagères de produits et de réponse à leurs besoins. Satisfaire leurs demandes de ramassage de matériel d'injection usagé, ou de médiation auprès de jeunes consommateurs récréatifs d'alcool et de cannabis qui sont sources de nuisances mais ne font pas partie du public cible de l'action, est efficace en termes d'amélioration de l'acceptabilité sociale du dispositif, car ces nuisances cristallisent les inquiétudes et le rejet à l'endroit des usagers de produits et, par ricochet, du dispositif spécialisé.

Une tactique efficace réside dans le **travail avec les pôles municipaux de proximité (urbanisme, hygiène...)** et les **gardiens, syndicats d'immeubles et bailleurs** pour procéder au ramassage du matériel de consommation abandonné à des horaires de passage des riverains. Ceci valorise le rôle de la structure du point de vue de la qualité de vie dans le quartier.

Les personnes usagères représentent un atout dans la mission de médiation sociale du CAARUD. Cette mission peut être assurée en partie dans le cadre du travail de rue et du ramassage de matériel usagé. Or, elles ont une manière différente de celle des professionnels d'expliquer leur style de vie, leur parcours, leurs problèmes et besoins, et la manière dont la structure (ou son action hors-les-murs) les soutient et les aide. Elles peuvent tenir un discours plus compréhensible par les riverains, ou auxquels ils seront plus sensibles parce qu'il est incarné – au lieu d'être dit par un professionnel qui ne vit pas leur réalité. De plus, cette implication directe dans la stratégie d'inscription du dispositif dans le territoire valorise la personne en la faisant sortir du rôle passif de patient ou de demandeur d'aide vis-à-vis de la structure, pour accéder à un rôle actif lui permettant d'être dans le contre don de ce qu'elle en reçoit.

6.3 FAIRE DE LA POLICE UN RELAIS

Engager un dialogue avec les forces de l'ordre (police municipale, gendarmerie), former les agents sur l'usage de produits illicites et le dispositif de RDRD et de soins spécialisés des addictions et mettre en place des habitudes de travail en concertation limite le risque qu'ils stationnent aux abords du dispositif ou qu'ils s'en servent pour interpellier les personnes et les rend plus disposées à assurer leur rôle de sécurisation de l'action ou des professionnels lorsqu'ils font appel à elles.

Établir des liens de coopération avec les forces de l'ordre, notamment la police municipale, consiste, pour le CAARUD ou le CSAPA, à valoriser son expertise dans l'accompagnement des usagers de produits, de telle sorte que les agents fassent appel à lui en cas de gestion de situations particulières voire problématiques avec eux plutôt que de choisir une solution punitive. L'objectif est de **la faire sortir d'une logique pure de gestion de l'ordre et de la tranquillité publics** en ce qui concerne les usagers de produits, pour l'amener à s'inscrire aussi dans une logique préventive et d'amélioration de l'accès au dispositif sanitaire, social et médico-social local.

En l'occurrence, s'ils deviennent convaincus de l'utilité de l'action du CAARUD ou du CSAPA et de son dispositif hors-les-murs, les agents de police peuvent devenir **un relais de la communication auprès des élus et investir un rôle de médiation auprès des riverains** qui sera d'autant plus efficace qu'ils apportent ainsi une sorte de caution morale au dispositif.

L'un des leviers de la concertation et de la constitution de liens de coopération avec la police réside dans son **sentiment fréquent d'être démunie** face aux nuisances liées à l'usage

(abandon de matériel usager, bruit, sentiment d'insécurité..) ou que la réponse répressive est insuffisante car inadaptée aux besoins d'aide et d'orientation des usagers.

Afin d'éviter que la police municipale ou nationale ne gêne la mise en œuvre de l'action hors-les-murs, il est préférable :

- **D'ALLER LA RENCONTRER LE PLUS TÔT POSSIBLE** et de lui laisser un numéro auquel elle peut joindre l'équipe ou la structure. Il est important de répéter les visites et les échanges informels à l'occasion d'une rencontre dans l'espace public ou de réunions municipales ;
- **DE SE PRÉSENTER EN TANT QUE PROFESSIONNEL RESSOURCE** dans le soutien en termes de médiation sociale auprès des usagers de produits. Il s'agira de proposer aux agents de contacter l'équipe du dispositif pour de l'information, des conseils ou assurer un relais en cas de situation problématique avec un usager ;
- **DE PROPOSER DES TEMPS DE SENSIBILISATION OU DE FORMATION DES AGENTS** (autrement dit, développer la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA) et ne pas attendre qu'elle le demande car les agents peuvent ne pas y penser. Les former sur les produits psychoactifs licites et illicites, leurs usages et les styles de vie et les difficultés des usagers leur permet de mieux comprendre la pertinence du dispositif et l'intérêt de ne pas en gêner l'activité ;
- **DE PRÉSENTER LA FONCTION RESSOURCE COMME UN ÉCHANGE DE BONS PROCÉDÉS**. Signifier que l'offre de services du CAARUD ou du CSAPA se fait dans une logique de coopération (et non d'une relation univoque) permet de s'assurer que la police interviendra pour sécuriser le dispositif ou la structure, lui orientera les usagers, l'informerà en amont de la fermeture d'un squat etc.



DÉCLOISONNER ET MAILLER LE DISPOSITIF LOCAL

L'une des plus-values de l'action hors-les-murs est de favoriser le renforcement ou l'émergence d'un travail en réseau entre les structures et services du territoire. Mettre en place des partenariats avec différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire ou les différents services d'un même établissement (ex. : le CSAPA hospitalier et d'autres services de l'hôpital) permet aussi de créer du lien entre eux. Ceci peut se faire au moyen d'invitations communes à une réunion ou à un événement organisé par le CAARUD ou le CSAPA, ou d'une mise en relation dans le cadre de l'accompagnement global d'une personne... En soutenant ces relations de travail partenarial, cette double stratégie participe de la communication sur l'utilité sociale du dispositif hors-les-murs et contribue à son ancrage dans le territoire et à son inscription dans la dynamique locale de travail en réseau.

LA MISE EN ŒUVRE : DES CHOIX ET DES AJUSTEMENTS CONTINUS

Les choix relatifs au(x) lieu(x) et aux horaires du dispositif hors-les-murs, à la constitution de l'équipe, au partenariat avec d'autres acteurs du territoire, à la stratégie de communication sur le dispositif sont faits en fonction des moyens humains et matériels de la structure et à partir de l'analyse des besoins. Cependant, dans les mois (ou années) qui suivent le lancement du dispositif, ces choix nécessitent souvent d'être ajustés, après qu'une première expérimentation ait permis de mieux connaître les contraintes, obstacles et ressources du territoire du point de vue de sa mise en œuvre, que ce soit en termes de création du lien avec le public cible ou de son acceptabilité aux yeux des riverains, des élus, de la police.

7.1 CHOISIR LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES DE L'ACTION

Une **unité mobile** est constituée d'une petite équipe de professionnels, souvent un binôme de compétences (ex. : travailleur social et infirmier), qui effectue des maraudes à pied ou en véhicule, sur les lieux de passage ou de rassemblement des personnes usagères de produits, voire sur leurs lieux de vie.

Une **antenne** est un lieu d'accueil, d'information, d'entretien et de consultation, animé par un ou plusieurs professionnels (travailleurs sociaux, infirmier, médecin, animateur de prévention) et mis en place dans des locaux spécifiques loués par la structure de rattachement ou prêtés par une mairie, une paroisse, une association etc.

Une **consultation avancée** est une permanence animée par un ou plusieurs professionnels d'une structure dans un espace spécifique mis à disposition par un service ou une structure partenaire.

› Unité mobile, consultation avancée ou antenne ?

Choisir l'une ou l'autre de ces modalités opérationnelles repose sur l'analyse de plusieurs critères :

- **L'OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS, D'AIDE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE POUR USAGERS DE PRODUITS SUR LE TERRITOIRE.** L'éloignement ou le manque d'accessibilité du CAARUD ou du CSAPA par rapport aux lieux de vie des usagers rendent la création d'une action hors-les-murs particulièrement pertinente ;
- **LES ATTENTES DES AUTRES ACTEURS DU TERRITOIRE.** Les besoins des services et structures sociales, sanitaires et médico-sociales par rapport au public cible, leur manière d'envisager les modalités du partenariat avec un CAARUD/CSAPA ainsi que leurs ressources internes influent sur le choix de dispositif. Lorsqu'une structure souhaite uniquement qu'émergent des habitudes de travail partenarial ou bénéficier de la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA, l'unité mobile est tout à fait adaptée. Lorsqu'elle sollicite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, la mise en place d'une consultation avancée sera privilégiée. En l'absence de sollicitation par un autre acteur ou de possibilité d'accueil dans ses locaux, on préférera l'antenne dans des locaux indépendants qu'ils soient associatifs, municipaux ou paroissiaux ;
- **L'ÉTENDUE DU TERRITOIRE ET LA DISPERSION DES LIEUX DE VIE DES USAGERS.** En zone rurale, la mise en place d'une unité mobile motorisée (voiture, camping-car), incluant la création et le suivi de programmes d'échange de seringues chez des partenaires, est souvent synonyme d'un ratio coûts/couverture territoriale des besoins plus intéressant qu'un dispositif en lieu fixe sur lequel une partie des usagers aura des difficultés à se rendre.
- **LE NIVEAU D'ACCEPTABILITÉ SOCIALE DE L'ACTION OU DU DISPOSITIF.** Le caractère nomade de l'unité mobile et la brièveté de sa présence (2-3 h) la rendent parfois plus acceptable qu'un dispositif en lieu fixe du point de vue des riverains et de la municipalité. Tandis que la consultation avancée chez un partenaire ou l'antenne dans un local dédié permettent de contourner les difficultés pour obtenir l'accord de stationnement de la mairie ou son prêt de locaux ;
- **LE NIVEAU D'INTERCONNAISSANCE DANS LE TERRITOIRE ET L'EXIGENCE D'ANONYMAT DU PUBLIC CIBLE.** La probabilité, plus ou moins grande selon les territoires, d'être vu par une connaissance en train de solliciter le dispositif induit une demande proportionnelle de discrétion de la part des usagers. Lorsque rien ne la différencie d'un véhicule ordinaire, une unité mobile motorisée rend plus difficile la compréhension par l'entourage des motifs de la personne à être présente à côté ou à l'intérieur. C'est aussi le cas de la permanence installée dans un lieu non spécialisé (maison de santé, maison des associations...). La discrétion est encore plus grande, lorsque l'équipe de l'unité mobile tient une consultation avancée dans une structure partenariale non spécifique (CCAS, CHRS, accueil de jour...) ou lorsqu'elle intervient à domicile ;
- **LES MOYENS HUMAINS ET MATÉRIELS DE LA STRUCTURE.** Que ce soit en zone rurale ou en zone urbaine, l'unité mobile offre généralement le meilleur ratio moyens investis/nombre d'usagers rencontrés car elle économise le coût de location d'un local et qu'elle peut facilement se rapprocher d'eux lorsque leurs lieux de rassemblement ou de passage changent ou se diversifient.

L'UNITÉ MOBILE ET SES SPÉCIFICITÉS

L'unité mobile est un dispositif exemplaire d'aller vers les usagers là où ils sont.
Il peut s'agir d'une unité mobile motorisée ou pédestre.



... Rouler, s'arrêter, descendre,
aller voir les gens



CSAPA/CAARUD GAÏA



Une unité mobile motorisée peut utiliser un bus, un camping-car ou une camionnette afin d'offrir un lieu d'accueil, d'entretien, de dépistage ; elle peut aussi utiliser une voiture et rencontrer les personnes uniquement chez elles ou dans l'espace public. Souvent, la tournée de l'unité mobile sur une semaine articule des points fixes (permanence(s) ou consultation(s) avancée(s)) et des temps de mobilité (plusieurs communes ou quartiers de stationnement et arrêts au gré des rencontres avec des usagers, des partenaires, des riverains, la police).

Intervenant par définition en extérieur et s'installant en des lieux où aucune structure spécialisée dans l'aide aux usagers de produits n'est présente, l'unité mobile est particulièrement investie d'une mission de médiation sociale entre elle-même et les riverains, entre les personnes qu'elle reçoit et les riverains ou la police.

Si elle est souvent moins onéreuse et permet de constituer une file active plus importante qu'un dispositif en lieu fixe, elle pose d'autres difficultés qui demandent un temps de travail spécifique autour de :

- > la coordination de son activité avec celle de la structure de rattachement,
- > le planning d'utilisation des véhicules de fonction de la structure,
- > un protocole de recours aux véhicules personnels des professionnels lorsque cela évite de récupérer un véhicule de fonction pour des raisons économiques ou de planning,
- > la définition d'un ratio distances parcourues/nombre de personnes rencontrées qui soit économiquement supportable par la structure.

> Quel(s) lieu(x), horaires et rythme de mise en œuvre ?

Les lieux d'implantation du dispositif hors-les-murs ainsi que les horaires, jours et fréquences d'ouverture du dispositif ou d'aller vers le public sont les modalités opérationnelles les plus susceptibles d'être ajustées au fil du temps pour mieux répondre aux besoins.

L'implantation du dispositif peut être restreinte à un lieu unique dans le cas de la permanence ou de la consultation avancée chez un partenaire, ou se faire dans plusieurs lieux s'il s'agit d'une unité mobile, ou d'un projet articulant unité mobile et permanences ou consultations avancées.

Une permanence ou une consultation avancée peut se tenir dans un local spécifique prêté par une mairie ou loué à une association ou un particulier, dans des pharmacies, des micro-structures, des CHR, des accueils de jour, des CADA, des maisons de santé pluridisciplinaires, des CSAPA (Consultation avancée de RDRD animée par un CAARUD), des établissements pénitentiaires.

L'unité mobile offre la plus grande souplesse en matière de lieux d'intervention. Outre ceux précédemment cités, elle peut intervenir au centre des villes d'une certaine importance ou, en zone rurale, dans les interstices entre les grands axes de déplacements (parkings communaux, d'une gare ou d'un supermarché, derrière l'église, le complexe sportif...), au domicile des personnes, dans les squats collectifs d'habitation et les champs où stationnent des saisonniers, dans les salles de concert et les bars associatifs... et tous les lieux choisis par les personnes usagères elles-mêmes pour rencontrer l'équipe.

L'objectif premier étant de se rapprocher des usagers de produits, l'action hors-les-murs peut se situer à des distances différentes de la structure de rattachement. En zone urbaine, il n'en est pas nécessairement éloigné (moins de 5 km par exemple) comme il peut en être distant de plusieurs dizaines de kilomètres en zone rurale.

Pour atteindre ses objectifs, **l'unité mobile doit s'implanter dans un endroit à la fois suffisamment visible et suffisamment discret.** Suffisamment visible pour que des personnes qui ignorent son existence aient de grandes chances de le découvrir et pour que celles qui le connaissent le trouvent sans chercher. Suffisamment discret pour qu'elles ne craignent pas d'y être vues malgré le niveau élevé d'interconnaissance de l'endroit où elles habitent (comme dans les villages, les petites villes et certains quartiers des grandes villes).

Le choix du lieu d'implantation se fait sur la base du diagnostic et en combinant plusieurs tactiques :

- **IDENTIFIER LES LIEUX DE CONSOMMATION ET LES LIEUX DE DEAL.** Il s'agit de vérifier notamment si les lieux de deal ne se confondent pas avec les lieux de consommation afin d'éviter d'implanter le dispositif à côté. La proximité de l'activité de revente rend plus compliquée la rencontre du public et accentue la fréquence de problèmes de sécurité et de positionnement professionnel (confidences des usagers sur le trafic, proposition de produits, conflits et bagarres liés au deal). L'intervention en appartement peut poser les mêmes problèmes lorsque des usagers ont l'habitude de s'y retrouver pour consommer et faire des transactions de produits ;
- **COMPRENDRE LES DYNAMIQUES DE DÉPLACEMENT.** Repérer les principaux lieux et axes routiers par lesquels passent les usagers (notamment pour s'approvisionner en produits), ainsi que les horaires et les fréquences de passage aide à choisir un lieu d'implantation efficace car éloigné de leurs lieux d'habitation (et de leur entourage) mais correspondant à leurs habitudes ;
- **PENSER LE LIEU D'IMPLANTATION EN CERCLES.** Même en le choisissant de manière stratégique, le lieu d'implantation du dispositif risque d'être en décalage avec les lieux de vie et de rencontre et les axes de déplacements d'une partie du public – c'est surtout le cas dans les villes. De plus, ces lieux changent parfois au gré de l'activité policière ou des évolutions que connaissent les lieux de vente et/ou de consommation. Il importe donc d'effectuer régulièrement des maraudes en cercles concentriques autour de l'emplacement du dispositif afin de rencontrer les personnes qui ne s'y rendent pas, voire ignorent son existence. En outre, ces maraudes permettent parfois de suppléer à l'absence d'autorisation de stationnement d'une unité mobile motorisée ;
- **S'APPUYER SUR L'EXPERTISE DES USAGERS.** Demander aux personnes leur commune de résidence et leur avis quant aux zones du département où le dispositif rencontrerait plus probablement d'autres usagers de produits permet de repérer des territoires et lieux pertinents pour implanter un dispositif hors-les-murs et de vérifier ses propres hypothèses géographiques.



RÉDUIRE LES COÛTS RELATIFS AUX DÉPLACEMENTS

En zone rurale notamment, la dispersion géographique des lieux de vie des personnes usagères accroît considérablement les distances et les temps de trajet. Ainsi, construire une action HLM en adéquation avec la diversité des parcours des usagers implique des coûts de déplacement parfois élevés, tant en termes de carburant que de fatigue des intervenants. À cela s'ajoutent les coûts relatifs au déplacement des professionnels du domicile au local pour aller chercher le véhicule de fonction.

Plusieurs stratégies permettent d'y pallier :

- **découper le département en micro territoires.** Ceci permet de repérer ceux où les usagers sont plus particulièrement présents et de déterminer les durées et fréquences de passage adéquates pour chaque micro territoire ;
- **organiser les tournées de l'unité mobile en fonction de la demande des usagers (système « stop and go »).** Il s'agit d'organiser la tournée en fonction de lieux de rendez-vous avec les personnes et de grouper ceux qui sont proches afin d'éviter de passer dans des lieux où aucune n'est en demande ce jour-là ou cette semaine-là et de regrouper les déplacements dans un même secteur. Cela suppose de constituer un répertoire téléphonique des personnes déjà vues sur le dispositif et d'envoyer, quelques heures avant le départ, un SMS pour demander qui a besoin de voir l'unité mobile ; un second SMS communique ensuite les heures et les lieux de la tournée du jour ;
- **optimiser les permanences.** Il est important d'éviter des plages horaires trop courtes (2 h) pour les permanences et le stationnement de l'unité mobile afin de laisser le temps aux personnes de s'y rendre même lorsqu'elles habitent loin. Dans la mesure du possible, il est préférable de coupler la permanence (unité mobile, antenne ou consultation avancée) avec des visites sur rendez-vous – soit à la permanence, soit dans d'autres micro territoires ;
- **dans la mesure du possible, éviter d'aller chercher le véhicule de fonction au local** et permettre à un membre de l'équipe mobile de l'avoir à demeure ;
- **enfin, greffer des maraudes** à l'unité mobile motorisée (bus, camping-car) permet d'optimiser la couverture territoriale du dispositif par rapport aux moyens déployés.

Les choix en termes d'horaires de rencontre du public et de fréquences de passage de l'unité mobile ou d'ouverture de l'antenne ou de la consultation avancée doivent être faits en fonction des besoins sur chaque secteur du territoire global de l'action. Ainsi, le rythme de présence de l'action ou du dispositif hors-les-murs peut considérablement varier : plusieurs fois par semaine ou bien un jour ou voire quelques heures par semaine, chaque semaine ou toutes les deux semaines ou encore une fois par mois. De plus, le dispositif peut articuler temps de présence fixes et temps d'aller vers, et induire ainsi de grandes variations d'une semaine à l'autre.

Cependant, **quel que soit le rythme, il est essentiel de respecter une régularité** : être présent le même jour de la semaine ou la même semaine dans le mois, et toujours aux mêmes horaires. Cette régularité rend l'action plus facile à repérer et les horaires plus faciles à se remémorer pour les usagers et les personnes susceptibles de les y orienter. Elle facilite aussi son identification par les riverains et les acteurs médico-sociaux. **Cette régularité, synonyme de rigueur**, contribue à la crédibilité de l'équipe et participe de la création du lien et de l'émergence d'une relation de confiance avec les usagers.

Sur les territoires très étendus (en zone rurale), les temps de déplacement et la présence sur une multiplicité de lieux limitent le temps consacré au travail effectif avec les personnes usagères et les partenaires. Le problème se pose aussi, dans une moindre mesure, en zone urbaine.

Ce constat peut conduire à modifier les temps de présence sur les différents lieux d'implantation du dispositif. Les ajustements les plus fréquents consistent à :

- réduire ou augmenter la plage horaire de présence ou d'ouverture au public,
- passer d'horaires et de jours fixes sur un lieu à un fonctionnement à la demande des usagers - si possible toujours le même jour et à peu près aux mêmes heures pour un même secteur,
- passer de permanences à fréquences irrégulières sur un lieu à des tournées à jour fixe et fréquences régulières,
- réduire le nombre de jours de présence par lieu et étendre l'amplitude horaire sur chacun en fonction des besoins.

› Quels outils et quels services ?

Selon les besoins des usagers et les attentes des partenaires, l'action hors-les-murs peut mettre à disposition une diversité plus ou moins grande d'outils et de services.

Qu'il s'agisse d'une unité mobile, d'une permanence ou d'une consultation avancée, en fonction des ressources humaines et matérielles de la structure de rattachement, des compétences/qualifications de l'équipe intervenant et des autorisations, le dispositif peut mettre à disposition des usagers de produits :

- des supports d'information et du matériel de RDRD,
- des séances d'Accompagnement et d'Éducation aux Risques liés à l'Injection (AERLI),
- une consultation buprénorphine pour aborder les différentes voies d'administration et travailler sur la RDRD liés à l'injection, notamment la prévention des overdoses,
- des groupes de parole sur les consommations et la RDRD,
- le dépistage du VIH et des hépatites par TROD, buvards ou prélèvement sanguin ⁽⁴⁾,
- l'évaluation et le suivi de la fibrose du foie par Fibroscan[®],
- une consultation infirmière ou médicale (médecin addictologue, médecin hépatologue),
- la délivrance de méthadone à seuil d'exigence adapté,
- la délivrance de traitements du VHC,
- l'orientation vers d'autres structures et services,
- la médiation sociale auprès des riverains et de la police.

La mise en œuvre d'un dispositif hors-les-murs est aussi synonyme de différentes prestations pour les partenaires, susceptibles d'être cumulées en fonction de leurs demandes :

- consultation avancée d'un CAARUD dans un CSAPA ou une structure ou service non spécifique : mise à disposition d'informations, de conseils et d'outils de RDRD, accueil des usagers en entretien individuel, orientation vers les structures de RDRD, gestion d'un programme d'échanges de seringues,
- consultation avancée d'un CSAPA dans un CAARUD : consultation avec un médecin addictologue, programme de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence,
- installation d'un PES dans une pharmacie qui en assure la gestion,
- sensibilisation ou formation par un CAARUD de l'équipe d'un CSAPA ou d'un établissement non spécifique aux produits, pratiques et à la RDRD,
- sensibilisation ou formation par un CSAPA de l'équipe d'un CAARUD ou d'un établissement non spécifique aux approches thérapeutiques et aux traitements médicamenteux de l'addiction,
- unité mobile fonctionnant par maraudes en binôme associatif (un CAARUD ou CSAPA et une ou plusieurs associations partenaires) afin de développer la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA.

7.2 CONSTITUER, SOUTENIR ET SÉCURISER L'ÉQUIPE

“

CAARUD
PROSES

Si le directeur n'est pas partant, si l'équipe n'est pas soutenue, c'est très facile de faire capoter un projet ! Le directeur qui va impulser, prendre du temps, de l'énergie pour monter des dossiers, ça donne envie aux équipes, c'est important !

”

› Compétences professionnelles et savoir-être d'aller vers

Si les moyens humains requis pour un dispositif hors-les-murs dépendent de l'étendue du territoire cible, il importe de **veiller à constituer une équipe suffisamment importante c'est-à-dire a minima un binôme de compétences** (ex. : éducateur spécialisé et infirmier).

En effet, l'un des principaux freins au développement d'une action hors-les-murs est de constituer une équipe trop petite pour assurer convenablement les trajets, la construction et l'animation des partenariats et l'aller vers les usagers de produits. Généralement, un équivalent temps plein (ETP) ne suffit pas pour animer l'action avec la régularité et la rigueur nécessaires et l'inscrire de façon pérenne dans le dispositif social, sanitaire et médico-social local. Néanmoins, cela peut convenir dans les territoires d'intervention peu étendus et/ou dans lesquels les usagers de produits en demande de soutien sont moins nombreux.

L'équipe du dispositif hors-les-murs est de préférence composée de professionnels ayant des formations différentes afin de mieux répondre aux besoins des usagers. Cependant, **les compétences acquises via la formation professionnelle ne suffisent pas toujours** à la mise en œuvre d'un dispositif hors-les-murs efficace car cela requiert des qualités individuelles et des compétences particulières qui ne relèvent pas uniquement de la formation :

- la **DÉBROUILLARDISE** et la **POLYVALENCE**, tant sur le plan logistique (gestion matérielle du véhicule de l'unité mobile, du local de l'antenne, de la consultation avancée) que relationnel (rapports avec les usagers, les partenaires, les riverains, la police, les élus...), sont bien plus nécessaires qu'à l'intérieur des murs d'une structure où l'ensemble de l'équipe est présente et peut suppléer aux limites de chaque professionnel ;
- des **SAVOIR-ÊTRE RELATIONNELS SPÉCIFIQUES** dans le contact et la relation avec le public puisque les murs de la structure ne sont pas là pour définir le cadre de la relation (signifier et légitimer l'imposition de règles et de codes) et sécuriser le professionnel. Le huis-clos du véhicule de l'unité mobile demande une capacité d'adaptation à l'autre plus grande que dans un espace conventionnel et plus vaste, une capacité à fixer ou à négocier les limites de ce qui peut être acceptable (ex. : consommation ou trafic à proximité) ainsi qu'une capacité à se protéger de dons de produits ou d'actes de violence ;
- **UNE CAPACITÉ À ALLER VERS LES STRUCTURES ET SERVICES PARTENAIRES** (ou potentiels partenaires), à comprendre et à s'adapter à leurs logiques de travail différentes ainsi qu'à leurs pratiques professionnelles et à leurs positionnements sur l'usage de produits psychoactifs et sur le rôle des travailleurs sociaux et des professionnels de santé auprès des usagers ;
- les **COMPÉTENCES À LA CONDUITE ROUTIÈRE**, requises notamment pour un gros véhicule (camion, camping-car) nécessitent parfois d'en faire une condition à l'embauche.

› Une implication indispensable de la direction et du chef de service

La faisabilité et l'efficacité d'un dispositif hors-les-murs ne reposent pas uniquement sur les professionnels qui l'animent. En général, l'absence de financement dédié en amont du projet et du lancement de l'action empêche de financer un poste chargé de développer le projet hors-les-murs. Aussi, **une implication forte de la direction et, le cas échéant, du chef de service**, durant toutes les étapes de son développement, **est indispensable à une implication durable de l'équipe, à la réalisation de ses objectifs et à la pérennisation de l'action ou du dispositif**.

Cette implication forte est d'autant plus déterminante dans la réussite d'un projet hors-les-murs que le management de son équipe demande des tactiques particulières :

- **REPÉRER LES COMPÉTENCES D'ALLER VERS** parmi les membres de son équipe ou lors d'un recrutement spécifique ;
- **SUIVRE, CONSEILLER ET SOUTENIR L'ÉQUIPE PENDANT LE DÉVELOPPEMENT DU PROJET** en s'enquérant régulièrement de l'avancée du travail et de la manière dont les professionnels vivent et font face aux difficultés rencontrées. Il importe notamment de repérer le besoin de soutien face au découragement qu'induit parfois le sentiment d'un profond décalage entre, d'une part, le temps consacré aux trajets et à la présence sur le dispositif et, d'autre part, le nombre d'usagers effectivement rencontrés. Il s'agit aussi d'être attentif au besoin de conseil en ce qui concerne la définition des axes et secteurs du diagnostic des besoins, la construction des partenariats et la médiation sociale avec les élus, la police, les riverains (un déplacement de la direction ou du chef de service permet parfois de dénouer des situations compliquées voire conflictuelles) ;
- **ACCORDER PLUS D'AUTONOMIE** aux professionnels dans la gestion de leur emploi du temps que lorsqu'ils travaillent dans les murs de la structure. Un dispositif hors-les-murs nécessite une souplesse plus grande dans la gestion des horaires et lieux de déplacement, tant ils peuvent varier d'un jour ou d'une semaine à l'autre, d'un secteur du territoire à un autre, en fonction des contacts avec les usagers et de leurs demandes, des sollicitations par des partenaires ou encore du temps de trajet domicile/structure de rattachement pour récupérer le véhicule de fonction puis se rendre sur le(s) lieu(x) du dispositif. Ceci implique de faire d'autant plus confiance aux professionnels et de mettre à leur disposition des outils spécifiques : téléphone de fonction, véhicule de fonction ou usage du véhicule personnel et remboursement des frais, GPS... ;
- **VEILLER À LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS**. L'absence de codes et de règles habituellement en usage au sein des murs, le fait d'être éventuellement seul sans un membre de l'équipe à ses côtés et le fait de pouvoir être présent au moment des temps de consommation et de trafic, expose beaucoup plus l'équipe hors-les-murs aux risques d'agression verbale ou physique par des usagers. Il est donc préférable d'éviter les interventions en solitaire dans la rue, un local indépendant, un squat ou un appartement⁽³⁾. Imposer une intervention en binôme accroît cependant les problèmes d'organisation de l'emploi du temps de l'ensemble de l'équipe, et peut contraindre à réduire l'amplitude horaire ou la fréquence de présence sur tel ou tel site, à recruter de nouveaux professionnels et à augmenter le budget de l'action. Autrement dit, pour les structures ayant une petite équipe en termes d'équivalents temps plein, il sera d'autant plus compliqué de concilier sécurisation des professionnels et atteinte des objectifs de l'action ;



SÉCURISER L'INTERVENTION HORS-LES-MURS

Veiller à sa propre sécurité demande à chaque professionnel d'être attentif à son intuition afin d'anticiper tout risque d'agression

ou de harcèlement, notamment dans des contextes de huis-clos avec un ou plusieurs usagers (appartement, squat, lieu non passant...). Les usagers ayant l'habitude de réguler la conduite de leurs pairs vis-à-vis d'un intervenant de santé ou de travail social, on n'hésitera pas non plus à solliciter leur aide ou à les laisser s'interposer.

Malgré le sentiment d'insécurité, l'impératif est de maintenir le lien avec la personne. Aussi, sauf dans le cas d'une réelle menace, il s'agira de proposer un autre lieu pour les prochains rendez-vous qui soit plus contenant pour l'usager et/ou qui permette au professionnel de se dégager aisément en cas de problème : la rue plutôt que le domicile, la structure de rattachement plutôt que l'espace public etc.

Reste que la règle n° 1 en terme de sécurité dans le travail hors-les-murs est d'intervenir toujours en binôme.

- **AMÉNAGER DES TEMPS RÉGULIERS DE RÉFLEXION COLLECTIVE SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE « PROXIMITÉ »** ⁽²⁾ et les dimensions opérationnelles du dispositif. L'atout et la faiblesse d'une action hors-les-murs réside dans la souplesse de son fonctionnement et du cadre de la relation avec les usagers du fait, entre autres, de l'absence de règlement intérieur, notamment dans le cas de l'intervention dans l'espace public ou à domicile. Ceci implique d'inventer en permanence un cadre adéquat à la relation avec chacun d'entre eux ⁽²⁾, en fonction des circonstances, de la personnalité de l'usager et de la relation nouée avec lui, de façon à respecter la confidentialité (notamment lorsque l'entretien a lieu « sur un bout de trottoir »), de favoriser la fluidité et l'intérêt de l'échange, de gérer d'éventuelles tensions ;
- **COORDONNER L'ACTIVITÉ DU DISPOSITIF HORS-LES-MURS AVEC CELLE DE LA STRUCTURE DE RATTACHEMENT.** La mise en œuvre nécessite un travail précis de planification pour concilier les impératifs du travail de l'équipe hors-les-murs avec le fonctionnement général du reste de l'équipe, surtout dans les petites structures (moins de dix salariés). Il s'agit aussi d'éviter de suspendre l'action hors-les-murs ou que l'une ou l'autre équipe travaille en sous-effectif et soit en difficulté voire en insécurité dès que certain(s) professionnel(s) s'absentent pour congé, formation ou maladie. À cette planification des emplois du temps, s'ajoute nécessairement la mise en place d'un planning des conducteurs et d'utilisation des véhicules de fonction ;
- **ÉVITER L'ISOLEMENT DE L'ÉQUIPE HORS-LES-MURS.** À force de ne plus être présente dans les murs de la structure de rattachement et de ne plus participer pleinement aux temps d'échanges avec les autres professionnels, ceux qui animent le dispositif hors-les-murs peuvent finir par s'isoler et ne plus être inclus dans la dynamique collective de l'équipe. Cet isolement tend à fragiliser le dispositif puisque les professionnels vivent les difficultés rencontrées et y font face sans pouvoir s'appuyer sur l'avis, l'expérience, l'analyse de leurs collègues. De fait, ils seront plus vulnérables au sentiment de découragement ou de lassitude et seront plus susceptibles de prendre des décisions inadéquates.



► PLANIFIER POUR NE PAS ÊTRE PRIS DANS UNE LOGIQUE DE L'IMMÉDIÉTÉ

Travailler hors-les-murs rend les professionnels plus disponibles pour accompagner physiquement et psychologiquement les personnes dans leurs démarches sociales et leurs démarches de santé.

En effet, ils ne sont pas pris dans de multiples interactions (avec les autres usagers ou les autres membres de l'équipe) comme à l'intérieur du local, mais ont plutôt affaire à des individus ou à des petits groupes de personnes auxquels ils peuvent plus facilement accorder de l'attention et du temps.

Le risque est alors d'être dépassé par une logique de l'immédiété (répondre tout de suite à la demande de la personne) qui implique un accroissement de la charge de travail. Les professionnels peuvent être tentés de faire le même nombre d'accompagnements que sur la structure fixe (cinq-six par jour), ce qui contraint à marcher plusieurs kilomètres par jour (en zone urbaine) ou faire des trajets en véhicule de plusieurs dizaines de kilomètres (en zone rurale), à modifier leur emploi du temps au dernier moment quitte à annuler ou reporter des tâches ou des rendez-vous initialement prévus. Travailler ainsi par à-coups (au rythme des sollicitations du public) et avec une marge d'initiative de chaque professionnel nécessairement plus grande qu'en lieu fixe peut perturber ou compromettre l'activité ou la sécurité de ses collègues et fragiliser la coordination du travail de l'équipe.

D'autre part, travailler hors-les-murs favorise un glissement de l'activité vers l'accompagnement social ou sanitaire au détriment de la mission de réduction des risques. En « sortant des murs », l'équipe peut être confrontée à une augmentation de la file active de la structure, alimentée par des personnes qui connaissent de vraies difficultés sociales mais n'ont pas de réelle problématique d'usage (les empêchant de faire leurs démarches ou de prendre soin d'elles). La plus grande disponibilité des professionnels à l'accompagnement encourage les personnes usagères de produits à les solliciter pour l'accompagnement social plutôt que sur leur prises de risque et la discussion sur l'usage est rendue moins facile, moins spontanée du fait que le matériel de RDRD est beaucoup moins visible que dans la salle d'accueil de la structure.

Ce rythme et cette hausse de la file active peuvent induire rapidement une grande fatigue et un sentiment d'impuissance (ne pas arriver à faire tout ce qui était envisagé dans un certain délai) qui impacteront la qualité du travail voire la motivation à le faire.

Pour éviter d'entrer dans une logique épuisante et déstructurante d'immédiété et préserver le cœur de l'activité d'une unité mobile (rendre plus accessibles l'information et les outils de RDRD), il est primordial de structurer l'emploi du temps de la semaine voire les différents temps de la journée autour de deux axes :

- **définir un emploi du temps type pour la semaine**, en distinguant les temps de travail collectif de l'équipe, les temps de maraude et les temps d'accompagnement physique des personnes ;
- **aménager chaque semaine un temps de préparation de l'emploi du temps de la semaine** (le lundi de préférence), notamment à partir des demandes ou besoins d'accompagnement qui ont été repérés la semaine précédente.

Ainsi, l'accompagnement méthodologique, la coordination et le soutien de l'équipe en charge du dispositif hors-les-murs exige de **mettre en place plusieurs types d'espace de travail** :

- des **rendez-vous réguliers** avec la direction et/ou le chef de service, notamment des temps de travail dédiés à la structuration de la semaine et d'une journée,
- un **débriefing systématique** de l'équipe hors-les-murs en fin de journée⁽³⁾,
- des **ateliers de bonne pratique** avec l'ensemble de l'équipe de la structure,
- des **temps de supervision** avec l'ensemble de l'équipe de la structure.



UN RÉFÉRENT « HORS-LES-MURS » POUR ÉVITER L'ISOLEMENT DE L'ÉQUIPE

Nommer un référent de l'action ou du dispositif hors-les-murs parmi l'équipe de la structure porteuse facilite la coordination de son activité avec celle de la structure de rattachement. Elle garantit aussi une relative continuité sur le plan du lien avec les usagers, les partenaires, les élus, la police et les riverains, lorsqu'un membre de l'équipe s'absente pour congés ou maladie.

Outre ce référent, l'équipe hors-les-murs peut être composée des autres salariés de la structure qui se relaient régulièrement (sur la base d'un planning). Cela permet de respecter le principe a minima du binôme d'intervention et d'inclure chaque professionnel de la structure dans le projet. Cette organisation alimente une dynamique de travail impliquant l'ensemble de l'équipe dans les choix opérationnels et déontologiques relatifs à l'action hors-les-murs. Ces échanges aident à contenir la lassitude, le découragement et le doute quant à l'efficacité de son travail qui peuvent facilement surgir lorsque l'on ne peut s'appuyer sur ses collègues.

7.3 FAVORISER L'APPROPRIATION DU DISPOSITIF PAR LE PUBLIC CIBLE

Faire en sorte que les usagers de produits prennent connaissance de l'action hors-les-murs et la sollicitent aussi souvent qu'ils en éprouvent le besoin est l'un des principaux défis dans la réussite du projet.

Quel que soit le territoire d'intervention, ce public se montre plutôt méfiant vis-à-vis de l'Institution et des professionnels de santé et de travail social, craignant d'être jugé, enjoint à devenir abstinent de tous produits, voire dénoncé aux forces de l'ordre (surtout si la personne revend des produits). En zone rurale plus particulièrement - mais ce peut aussi être le cas en zone urbaine -, la prise de contact est rendue d'autant plus difficile par une interconnaissance forte entre habitants qui accroît la peur d'être identifié par une personne de l'entourage comme usager de produits - ou usager en difficulté avec les produits.

Aussi, constituer une file active suffisamment importante pour que le projet d'aller vers ait un sens (et pas uniquement un coût) exige **beaucoup de patience** : plusieurs mois, parfois plusieurs années, sont nécessaires avant qu'elle n'atteigne les cent personnes - dans certains secteurs, elle ne dépassera jamais les trente personnes.

Néanmoins, l'appropriation du dispositif hors-les-murs par les usagers repose aussi sur d'autres leviers que la persévérance des professionnels.

ASSURER UNE PRÉSENCE SUFFISAMMENT DISCRÈTE, RÉGULIÈRE ET DURABLE

- Outre une implantation de l'action dans des lieux très passants et anonymes (en zone urbaine) ou, au contraire, excentrés et peu fréquentés voire privés (en zone rurale), il est préférable d'utiliser un véhicule banalisé, peu voyant et ne mentionnant ni le nom de l'association, ni l'autorisation CAARUD ou CSAPA, ni, le cas échéant, l'établissement hospitalier de rattachement.
- Si d'autres lieux d'accueil du public sont possibles, on utilisera aussi une voiture plutôt qu'un camion ou un camping-car. Une voiture aux vitres teintées ou un véhicule commercial permet d'invisibiliser le matériel de RDRD pour les curieux malintentionnés ou des agents de police susceptibles de gêner l'activité ; ceci permet aussi de proposer un espace d'entretien.
- Outre le passage ou l'ouverture aux mêmes horaires, même(s) jour(s) de la semaine et même fréquence sur un mois, il importe d'assurer **un temps de présence suffisamment long** (au moins 2 à 3 h) pour laisser le temps aux personnes de venir, y compris à pied et même lorsqu'elles résident à plusieurs kilomètres.

La régularité permet dans un premier temps de constituer seulement une petite file active et dans un deuxième temps de rendre opérant le bouche-à-oreille entre usagers. En effet, l'un des atouts dans la constitution de la file active – notamment en zone rurale – est **la rapidité de l'effet boule de neige** – versant bénéfique de l'interconnaissance : une fois le lien noué avec deux-trois personnes, la file active peut se constituer très vite.

S'INSPIRER DES PRATIQUES ET DES HABITUDES DES USAGERS DE PRODUITS

- Il est souvent plus facile de déterminer le(s) lieu(x) pertinent(s) de l'action en étant **attentif à la demande des personnes** de faire stationner l'unité mobile ou d'ouvrir une antenne ou une consultation avancée dans telle agglomération ou tel secteur et à tel moment plutôt qu'à tel autre. Ces demandes peuvent correspondre à des habitudes quotidiennes qui concernent d'autres usagers ou émerger de secteurs du territoire dans lesquels ils sont plus nombreux et/ou plus en attente de soutien de la part de professionnels.
- **Les lieux de consommation dans l'espace public ou les squats peuvent parfois être utilisés comme des plate-formes de construction du lien** avec les personnes. S'y faire accepter et gagner leur confiance suppose généralement d'y être introduit par un usager relais. Ce travail est plus délicat dans un squat : il est assez fréquent de se voir fermer la porte, par refus que l'action s'installe ou se poursuive. **Il est essentiel d'éviter de contribuer à la disparition de ces lieux** suite à la diffusion de l'information mal contrôlée auprès des autorités. En effet, les personnes y cherchent aussi, au delà de l'accès à des produits et à un contexte de consommation, une sociabilité et des ressources (informations, conseils, orientations, entraide). De plus, y entrer permet d'engager un travail avec elles autour de l'amélioration des conditions sanitaires de consommation. Enfin, leur fermeture obligerait à recommencer le repérage des lieux de consommation et certains usagers pourraient établir un lien entre les premières visites de l'équipe et la décision des autorités à en empêcher l'accès.

- **Intervenir au domicile permet de rencontrer des usagers très isolés**, peu ou pas du tout inscrits dans les réseaux d'usagers et fréquentant peu ou pas du tout le dispositif spécifique de RDRD et de soins des addictions. Cette modalité aide aussi à **gagner du temps dans la constitution de la file active**. L'appartement d'une personne (souvent l'usager central d'un groupe, un usager revendeur ou un dealer) étant souvent investi par son entourage comme un lieu de consommation et/ou d'échange et de vente des produits, il suffit d'être présent sur ces temps pour rencontrer rapidement de nouveaux usagers.



DES « RÉUNIONS TUPPERWARE® » POUR NOUER LE LIEN AVEC LE PUBLIC

L'intervention à domicile permet parfois de rencontrer un plus grand nombre de personnes que ce qui a été accueilli jusqu'ici sur l'antenne, la consultation avancée ou l'unité mobile. Il s'agit de proposer à un usager relais, avec lequel un lien de confiance existe déjà, de lui porter le matériel de RDRD et de lui communiquer des informations chez lui, et d'y inviter au même moment des connaissances susceptibles d'être intéressées. Ce jour-là, le professionnel peut les orienter vers l'unité mobile, l'antenne, la consultation avancée ou la structure de rattachement ou leur proposer un rendez-vous à leur propre domicile.

IDENTIFIER ET NOUER LE LIEN AVEC DES PERSONNES RESSOURCES

- La réussite d'une action hors-les-murs repose souvent, en partie, sur des **usagers relais**. Investis dans une démarche de santé communautaire, ceux-ci contribuent à la diffusion d'informations et de matériel de RDRD et peuvent orienter vers le dispositif sanitaire, social et médico-social spécifique aux addictions. Ainsi, ils relaient l'information sur l'action ou le dispositif hors-les-murs et peuvent mettre l'équipe en lien avec un réseau d'usagers. Cet investissement bénévole nécessite d'être encouragé et soutenu en nouant une relation interpersonnelle avec chacun d'eux par le biais de rendez-vous réguliers n'ayant pas uniquement pour objet la délivrance de stock de supports d'information et de matériel de RDRD à diffuser (manger, boire un verre, échanger des nouvelles).
- Repérer et construire un lien avec l'**usager central** (ou le leader) d'un groupe d'usagers réduit les difficultés à rentrer en lien avec eux. Il peut aussi assurer un rôle de médiation pour régler une situation de conflit ou empêcher un détournement de l'offre de RDRD (ex. : vente du matériel d'injection stérile).
- Une relation de confiance nouée avec un **dealer** permet parfois de l'impliquer dans une démarche de santé communautaire. Lorsque son activité a lieu à son domicile, il peut accepter la visite de l'équipe pour rencontrer sa clientèle et orienter vers l'action ou le dispositif hors-les-murs.

DIVERSIFIER LES SUPPORTS DE COMMUNICATION. L'appropriation de l'action ou du dispositif hors-les-murs par le public cible dépend en partie de la stratégie de communication. Il est recommandé d'utiliser plusieurs supports pour favoriser la prise de contact avec des usagers qui n'ont pas les mêmes habitudes de vie. On pourra utiliser les panneaux lumineux et la gazette de la commune – ce qui suppose une sensibilisation et un accord préalable de la municipalité sur l'implantation de l'action –, ainsi que les SMS, les réseaux sociaux et le forum sur le site de l'association de rattachement. Il est également judicieux de glisser une carte de visite de la structure dans les Steribox® à l'attention des usagers qui les reçoivent uniquement par l'intermédiaire d'usagers relais, ou encore d'imprimer des « roule-ta-paille » avec les coordonnées de la structure et celles de l'équipe hors-les-murs.



RELAYER QUAND LE DISPOSITIF NE PERMET PAS D'ACCUEILLIR TOUT LE MONDE

***Lorsque les moyens matériels et humains sont insuffisants pour accueillir ou rencontrer tous les usagers d'un secteur et obligent à limiter la file active, orienter plus souvent vers d'autres structures et services présente plusieurs avantages.** Relayer les personnes les plus autonomes (notamment en termes de déplacement) et/ou les moins en difficulté permet de rendre le dispositif plus accessible à celles qui ont plus de mal à se rendre ailleurs. De plus, l'orientation vers le dispositif social, sanitaire et médico-social non spécifique limite le phénomène de captation des personnes usagères de produits par le dispositif spécialisé et alimente les relations de partenariat.*

FINANCER L'ACTION : DÉMARCHES ACTIVES, OPPORTUNITÉS ET PRISE DE RISQUE

L'ultime phase d'un projet hors-les-murs est sa pérennisation via l'obtention de financements spécifiques et reconductibles. En effet, son développement et son lancement se font généralement sur fonds propres, les financeurs étant plutôt sollicités lorsque le lien avec le public cible est déjà noué et les modalités opérationnelles quasiment finalisées. L'obtention du financement en amont du projet est plutôt rare et elle est liée le plus souvent à une commande institutionnelle.

8.1 METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE EFFICACE DE RECHERCHE DE FINANCEMENTS

“

Quand un projet hors-les-murs démarre, il faut avoir de la pugnacité et s'attendre, en tout cas, à ne pas avoir des fonds pérennes tout de suite.

”

CAARUD PROSES

Le principal défi pour obtenir les financements d'une action d'un dispositif hors-les-murs réside dans l'élaboration d'une stratégie efficace pour convaincre les financeurs potentiels de la pertinence de l'action. **La persévérance, la patience et l'ingéniosité de la direction et de l'équipe** sont tout aussi essentiels pour qu'elle porte ses fruits.

Le fonctionnement institutionnel allonge souvent considérablement le délai d'obtention de financements suffisants et pérennes pour mettre en œuvre le projet : un financement de l'ARS ou d'une collectivité territoriale est obtenu en moyenne deux à trois ans après les premiers temps de développement du projet. Ce délai donne à leur recherche un caractère usant et décourageant qui pèse sur la motivation d'une direction, d'une équipe, d'un binôme à développer le projet. Par conséquent, le plus souvent les structures autofinancent la phase préalable de diagnostic des besoins, la rencontre des différents acteurs du territoire d'implantation (dont les usagers de produits) mais aussi le lancement de la mise en œuvre du projet.

Cette stratégie relève d'une prise de risque financière et morale puisque, malgré l'engagement fort des professionnels et l'importance des moyens matériels investis, il est difficile de prévoir les résultats et la plus-value du projet par rapport à l'activité menée au sein des murs et d'anticiper les obstacles (notamment financiers) à sa réalisation.

L'autofinancement de la phase expérimentale du projet est cependant la meilleure tactique. Lancer d'abord l'action ou le dispositif permet ensuite de convaincre les financeurs de la réalité des besoins et de la pertinence de la réponse proposée. Il est en effet souvent plus facile d'obtenir un financement une fois que le diagnostic a été réalisé, les premiers liens avec les usagers ont été noués, que des relations de travail partenariat avec les acteurs locaux ont été construites et que le soutien de la municipalité et la tolérance des riverains et de la police sont acquis.

Dès le début du projet, il convient de **mettre en œuvre une stratégie de recherche de financements qui articule prise de risque (l'autofinancement), démarches actives auprès des financeurs, saisie des opportunités** relevant d'appels à projet, d'appels d'offres, des requêtes d'acteurs privés ou publics... :

→ **IDENTIFIER L'ENSEMBLE DES INSTITUTIONS ET DES ACTEURS PRIVÉS SUSCEPTIBLES D'ALLOUER UN FINANCEMENT SUR LE PROJET** : ARS, Ville, Mildeca, les acteurs privés, SNCF, RATP, fondations (Fondation de France, Caritas...), les laboratoires pharmaceutiques... :



► **CONSTRUIRE UN CONSENSUS SUR LE FINANCEMENT PAR UN LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE**

Il n'est pas rare que des laboratoires pharmaceutiques ou leurs fondations allouent un financement ponctuel aux CAARUD et aux CSAPA, notamment pour l'achat de matériel de RDRD, la formation et la sensibilisation des partenaires, le dépistage du VIH et des hépatites et l'accompagnement vers le soin pour les personnes positives.

Ces acteurs permettent, dans certains cas, d'accélérer le financement d'un projet par rapport à un financement ARS. Leur aide peut aussi être envisagée comme un juste retour aux personnes usagères, dont les besoins représentent une part de leur chiffre d'affaires. Mais elle pose un double problème éthique : l'accepter c'est contribuer à construire une image du laboratoire comme faisant œuvre sociale (et pas seulement du profit) ; c'est aussi, d'une certaine manière, légitimer – du moins, ne pas s'opposer à – une stratégie économique dont les structures et les usagers payent en partie les conséquences (coût des traitements ou du matériel etc.).

Ce conflit de valeurs et d'enjeux (financer l'activité *versus* refuser l'aide d'un acteur économique) peut induire des tensions dans l'équipe ou entre la direction et l'équipe et un désinvestissement du projet pour signifier son désaccord. Il est donc préférable, avant de démarcher ces acteurs, d'engager une réflexion collective permettant à l'ensemble de l'équipe de se positionner et de construire un consensus, qu'il soit favorable ou pas au financement par un laboratoire.

- **DÉPLOYER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION PARTICULIÈRE AUPRÈS DE L'ARS :**
 - assurer un dialogue constant avec son représentant dès le tout début du projet aide à acquérir son soutien : **l'inviter lors des temps de travail de rue/l'associer au temps de diagnostic et sur des temps d'observation du travail** réalisé par la structure/pas uniquement lors des portes ouvertes et éviter qu'elle ne vienne que lors de la visite annuelle d'autorisation, discuter l'intégration dans le parcours de santé addiction et les besoins identifiés ;
 - demander un financement en émergeant sur l'axe « actions innovantes » permet de mieux valoriser la dimension innovante et la spécificité du projet hors-les-murs par rapport à l'activité ordinaire de la structure ;
 - communiquer sur l'intérêt du projet et sur ses premières étapes de développement (premières lignes du diagnostic, premières rencontres avec les partenaires, premiers contacts et liens avec le public cible) mais ne pas le développer réellement avant d'avoir acquis son soutien afin de limiter la prise de risque financière pour la structure ;
- **RÉPONDRE À PLUSIEURS APPELS À PROJETS INSTITUTIONNELS** portant sur des thématiques différentes auxquelles répond en partie le projet et faire une **veille des axes de financements proposés par des laboratoires pharmaceutiques** ;
- **RECHERCHER ET VALORISER DES CO-FINANCEMENTS DE L'ACTION.** L'engagement d'autres financeurs rassurent et motivent un financeur à la soutenir également ;
- **DEMANDER UNE PART DE FINANCEMENT À L'ACTEUR PRIVÉ OU PUBLIC** qui sollicite la mise en œuvre du projet, en faisant valoir les moyens supplémentaires qu'elle requiert ;
- **CONSTRUIRE UN ARGUMENTAIRE** permettant de justifier les moyens déployés pour développer le projet et mettre en œuvre l'action ;
- Enfin, plus globalement, une tactique réside dans **l'ÉLABORATION D'UN PLAIDOYER AUPRÈS DE LA DGS ET DES INTERLOCUTEURS ARS** porté avec d'autres CAARUD et CSAPA pour assouplir les règles de financement (marge de manœuvre dans le fléchage des budgets, possibilité de garder le reliquat budgétaire de l'année pour l'investir l'année suivante dans un nouveau projet, création de fonds dédiés à l'innovation etc.).

8.2 CONVAINCRE LES FINANCEURS DE LA PERTINENCE DE L'ACTION

Convaincre les financeurs potentiels de la pertinence de l'action doit permettre d'obtenir un financement qui soit au plus près de son coût d'investissement (phase de développement du projet) et de son coût de fonctionnement (phase de mise en œuvre). Aussi, l'argumentaire se construit autour de trois axes :

- **MOBILISER DES ARGUMENTS CLÉS POUR VALORISER LA PERTINENCE DE L'ACTION**
 - **Le déficit de l'offre de RDRD et/ou de soins spécialisés en addictologie sur le territoire et leur manque d'accessibilité** (distance géographique, transports publics...) pour les usagers qui y vivent est le premier argument aussi évident que nécessaire. Cela permet de rappeler que **l'intervention hors-les-murs est, à la fois, une des conditions historiques à l'efficacité de la RDRD et la mise en application de l'injonction institutionnelle à aller au devant des publics dits "cachés"** du dispositif sanitaire et social.
 - **Le travail hors-les-murs de la structure relève de la fonction première des CAARUD**, c'est à dire nouer le lien avec les personnes usagères de produits de telle sorte de

les accompagner ensuite pour renouer ou améliorer leurs liens avec l'ensemble du dispositif sanitaire, social et médico-social.

- **Une grande partie des impacts bénéfiques de l'activité hors-les-murs est invisible.** D'une part, une partie des actes de RDRD ou d'accompagnement social et sanitaire est rendue invisible par leur cadre informel (tous ne sont pas systématiquement consignés du fait du rythme de l'activité, des multiples sollicitations, du travail en extérieur, ou qu'ils sont imprévus...). D'autre part, une personne vue par l'équipe hors-les-murs joue plus souvent un rôle d'usager relais et auprès d'un plus grand nombre de personnes qu'une personne vue "dans les murs", notamment en zone rurale.
- Au regard des représentations négatives sur les usagers de produits (« manque de volonté », propension à se faire « assister » par les professionnels...), leurs besoins et leurs difficultés n'est pas forcément l'argument qui fonctionne le mieux. Il est souvent plus efficace de mobiliser **l'argument de leur implication dans une démarche de santé publique** (sensibilisation aux risques infectieux relatifs à l'abandon de matériel de consommation, sensibilisation au dépistage du VIH et des hépatites, implication dans le ramassage de matériel usager...) **et celui de leur participation à des démarches de « redynamisation socioprofessionnelle »** (ateliers d'insertion professionnelle, partenariat avec des structures d'insertion, mise en place ou orientation vers le dispositif Travail Alternatif Payé À la Journée (TAPAJ)). Souligner l'engagement des personnes dans une logique de responsabilisation et de réciprocité vis-à-vis de la structure et de leurs concitoyens et l'inscription de la démarche de RDRD et de soins spécialisés dans un processus de réinsertion sociale aide à gagner le soutien des financeurs.
- **La participation des usagers au projet, notamment au diagnostic et à la création du lien avec le public cible est un argument efficace.** Elle témoigne de la capacité de la structure à accompagner les personnes dans une prise de distance avec la consommation (ils s'intéressent et s'impliquent dans autre chose qui est de l'ordre du vivre ensemble). De plus, cette implication est un critère d'évaluation de la qualité du lien construit avec elles et de l'efficacité du travail des professionnels. Cet argument suppose de mettre en place et de valoriser des modalités de sollicitation de leur expertise.
- **Le diagnostic à l'origine du projet s'étaye sur les constats d'autres acteurs sanitaires, sociaux, politiques, institutionnels.** Cela permet de souligner qu'il repose sur des données objectives car croisées et confirmées par d'autres structures et services. (Cet argument suppose d'avoir déjà engagé le travail partenarial et d'avoir recueilli les informations auprès des partenaires au moment d'aller démarcher les financeurs).
- **(Le cas échéant), l'action résulte de la sollicitation par d'autres acteurs.** Ainsi, le projet n'apparaît pas comme étant le fruit d'une initiative isolée de la structure. Il n'est pas non plus suspect d'avoir uniquement pour fonction de justifier une demande de financement supplémentaire. Enfin, cet argument permet de valoriser la fonction ressource qui est (ou pourrait être) développée à partir de ce projet. Il est préférable de **partager cette sollicitation avec l'ARS ou la Ville en temps réel, en communiquant au mieux sur ses motifs et sa pertinence, afin de les préparer à une éventuelle demande de financements.**
- **L'action est adossée à un réseau de structures et services avec lesquels se sont construits des rapports partenariaux** (formalisés par une convention ou pas). Ces partenariats sont preuves de solidité et d'efficacité de l'action et de rigueur de l'équipe. Les conventionner rend plus facile l'obtention de financements et limite leurs fluctuations d'une année sur l'autre. (Cela suppose d'engager en amont le travail partenarial bien avant d'aller démarcher les financeurs).
- **Le soutien des élus locaux permet de valoriser l'acceptabilité sociale de l'action ou du dispositif.** C'est une manière de témoigner de la capacité de la structure à construire

le projet en prenant en compte les attentes et les craintes des différents acteurs du territoire, et du fait qu'il ne cessera du jour au lendemain suite à la mobilisation d'opposants. Ceci nécessite, dès le début du développement de projet et bien avant de rencontrer les financeurs, de réaliser tout un travail de présentation de l'action, de mise en lien et d'échanges avec les différents acteurs du territoire notamment les services sociaux de la ville (CCAS...). Rendre compte de ce soutien requiert d'aller chercher auprès des élus locaux et des partenaires un courrier attestant de l'efficacité de l'action voire de les solliciter pour venir au rendez-vous avec le financeur.

→ **DÉMONSTRER LA PLUS-VALUE DE L'ACTION** par rapport à l'activité menée au sein de la structure de rattachement ou en l'absence de dispositif hors-les-murs augmente les chances de percevoir un financement. Il est donc recommandé de procéder à un recueil de données systématique dès le début du développement de projet afin d'objectiver cette plus-value.

- Dans un premier temps, il est judicieux de **construire le diagnostic des besoins sur le territoire en fonction de ce qui a le plus de chance d'être financé** ; ce qui suppose de connaître l'actualité des axes et thématiques des appels à projet. Dans un second temps, il importe de construire **des indicateurs d'évaluation de l'action qui soient quantitatifs** (comptabilité pure) **et qualitatifs** (qualité des liens noués avec le public, difficultés rencontrées et évolutions des rapports avec les usagers, les partenaires, les élus..., opinions sur le projet hors-les-murs...) en ce qui concerne la file active, le travail avec les autres acteurs du territoire, les services et modalités opérationnelles de l'action.
- Il s'agit aussi de montrer que **l'action a fait « sortir du bois » des usagers « cachés »**, c'est-à-dire une population qui n'était ni connue ni ciblée au départ mais qui sollicite l'équipe hors-les-murs ou qui était ciblée mais dont l'ampleur était sous-estimée. On explicitera donc le nombre de personnes vues qui n'avaient jamais été en contact avec le dispositif spécifique ou jamais en contact depuis plus d'un an.
- Il importe de montrer que dans un contexte de désertification médicale, du travail social et des urgentistes en zone rurale, **l'unité mobile améliore l'accès au dispositif sanitaire, social et médico-social non spécifique**. Il s'agit d'expliciter le nombre d'orientations effectives (lorsque la personne s'est effectivement rendue à la structure ou au service) et le nombre d'initiations de parcours de soins de substitution ou des hépatites.
- Il est essentiel de **mettre en exergue la file active directe** (celle effectivement vue par l'équipe hors-les-murs) **et la file active indirecte** (celle des personnes uniquement vues par des usagers relais). Cela implique de demander aux personnes relais le nombre de personnes auxquelles elles transmettent les informations et le matériel de RDRD ainsi que la proportion de matériel de RDRD qu'elles diffusent au regard de l'ensemble du matériel qu'elles récupèrent. Enfin, il est important de **valoriser l'accroissement de la file active globale de la structure** de rattachement du fait de l'inclusion de la file active de l'action ou du dispositif hors-les-murs – tout en veillant à identifier les doublons (certaines personnes fréquentent la structure et l'action hors-les-murs).

→ **RENDRE COMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL ET DES MOYENS MATÉRIELS RÉELLEMENT DÉPLOYÉS** pour développer le projet et lancer l'action.

- **Les directions des structures et/ou les interlocuteurs des ARS sous-estiment très souvent le temps nécessaire à la construction d'un projet hors-les-murs qui atteigne ses objectifs initiaux**. Par conséquent, les financements perçus ne sont souvent pas à la hauteur de l'investissement et ne couvrent pas ce qui a dû être financé sur fonds propres. Il est donc recommandé de noter systématiquement le temps réel consacré aux différentes tâches nécessaires à la constitution de la file active, à la construction de

relations partenariales avec les autres acteurs du territoire et au déploiement de la fonction ressource du CAARUD ou du CSAPA, et à rendre acceptable le projet aux yeux des élus et des riverains.

- **Les directions et financeurs mesurent souvent mal la dimension économique d'un projet hors-les-murs.** Un calcul économique similaire à celui qui est appliqué au lieu fixe n'a pas de sens puisque l'amortissement des moyens matériels et humains investis se fait sur une temporalité plus longue. Au début du projet, le temps et le coût des trajets effectués pour réaliser le diagnostic, rencontrer les acteurs du territoire et prendre contact avec les usagers paraissent supérieurs aux bénéfices de l'activité en termes de personnes vues. Mais avec le temps, la file active augmente tandis que les coûts relatifs au diagnostic, au partenariat, et à la création du lien avec le public diminuent puisque moins de temps y est consacré. D'autre part, en ce qui concerne plus particulièrement les unités mobiles, le coût du fonctionnement d'un véhicule est moindre par rapport au coût d'un local.
- **Il est essentiel de souligner que la mise en place d'un projet hors-les-murs nécessite de déployer des moyens humains et matériels supplémentaires** qui, faute de financement dédié, doivent être pris sur ceux du fonctionnement ordinaire de la structure. Pour les petites structures qui interviennent en milieu rural l'obtention préalable d'un financement conditionne, en amont de la mise en œuvre même de l'action, leur possibilité de procéder à l'analyse des besoins qui permettrait de justifier sa pertinence.

Quelques références pour aller plus loin

- (1) MARLATT, G.A., *Harm reduction: come as you are*. Addict Behav, 1996. 21(6): p. 779-88.
- (2) PICKETT, K. and R. WILKINSON, *Pour vivre heureux, vivons égaux ! Comment l'égalité réduit le stress, préserve la santé mentale et améliore le bien-être de tous. (The inner level)*. 2019, Paris : Les Liens qui Libèrent
- (3) HOAREAU E., « Stigmatisation de l'usager de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, érès, 2016/1 (N° 21), p. 33-48
- (4) ROCHE P., « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Erès, 2007/1, p. 63-82
- (5) SCHNEIDER E., SCHNEIDER-HARRIS J., AKOUKA A., TAYLOR J., DEMCZUK K., WYKURZ E., *Guide pratique de travail d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues*, Association ACCES, DAAT, City of Sosnowiec, EFUS, DCD, 2011
- (6) HOAREAU E., REYNAUD MAURUPT C., *Hépatite C. Renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin*, GRVS, RESPADD, Fédération Addiction, Ministère de la Santé et des Solidarités
- (7) Fédération Addiction, *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, 2012
- (8) Fédération Addiction, *Intervenir en milieu festif*, 2013
- (9) Fédération Addiction, *Réduire les risques. Éthique, posture et pratiques*, 2017
- (10) Ministère des finances et des comptes publics, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Instruction N° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2014/313 du 12 novembre 2014
- (11) MARCHANT A., « La difficile greffe de l'outreach en France », *Swaps*, n° 71, 2^e trimestre 2013
- (12) ADLOFF C., « "Aller vers" pour lier avec les personnes à la marge institutionnelle », *VST - Vie Sociale et Traitement*, 2018/3, n° 139
- (13) RHEAUME J., « L'enjeu d'une épistémologie pluraliste », in *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*, GAULEJAC V. De, HANIQUE F., ROCHE P. (dir.), Erès, 2007
- (14) GANDILHON M., CADET-TAÏROU A., « Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponses publiques », *Tendances*, OFDT, n° 104, 2015
- (15) AFR, *Troisièmes rencontres nationales de la réduction des risques*, 2010 – Forum « RDR en milieu rural »
- (16) *Swaps*, « Usagers de drogues en milieu rural », n° 82, 1^{er} trim. 2016
- (17) REDHEAD S., « Ecstasy : entreprise de plaisir et panique morale en Angleterre », in A. EHRENBERG et P. MIGNON (dir.), *Drogues, politique et société*, Le Monde éditions /Descartes, 1991
- (18) LALANDE A., « Interroger les savoirs », *Vacarme* n° 13, été 2007

- (19) *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques.* (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins)
- (20) HOAREAU E., MAHIL A., *Habilité et labilité dans l'accompagnement socio éducatif des jeunes fumeurs ou revendeurs de cannabis à Salon-de-Provence et Miramas*, inCittà, La Kontre Allée, 2018
- (21) LE NAOUR G., HAMANT C., CHAMARD COQUAZ N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques. Un enjeu quotidien*, CERPE, DGS, mai 2014
- (22) REYNAUD-MAURUPT C., *Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes. Structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale. Guide méthodologique pour les acteurs des collectivités territoriales.* Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, 2015, 100 pages. ([http://www.grvs06.org/doc/Guide%20GRVS%20-%20exe%20\(BAT\)%20HD.pdf](http://www.grvs06.org/doc/Guide%20GRVS%20-%20exe%20(BAT)%20HD.pdf))



ISBN 978-2-9550677-5-8

