

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

**Représentations et collaborations
des travailleurs.euses du secteur
*bas seuil toxicomanie***

Auteur : Serdane Baudhuin

Promoteur : Antoine Masson

Année académique 2018-2019

Master en criminologie à finalité approfondie

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

J'exprime ma vive reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

A mon promoteur, Antoine Masson, pour le suivi de qualité et les conseils précieux dont j'ai pu bénéficier.

A ceux et celles qui ont pris le temps de m'accorder un entretien et de m'aider dans mon cheminement.

A Maelle Doyen, sans qui ce mémoire ne serait jamais arrivé à bon port.

A ma grand-mère, pour ses conseils précieux et son soutien permanent.

Table des matières

Introduction.....	5
Partie 1 – Approche méthodologique de l'étude du secteur bas seuil toxicomanie.....	6
Chapitre 1 – Question de recherche et objet d'étude.....	6
Section 1 – Genèse du questionnement.....	6
Section 2 – La question de recherche.....	6
Chapitre 2 – Modèle d'analyse.....	7
Chapitre 3 – Récolte des données.....	8
Section 1 – Le recours aux entretiens.....	8
Paragraphe 1 – Le choix de l'entretien comme méthode de récolte des données.....	8
Paragraphe 2 – La délimitation du champ d'analyse et l'échantillonnage.....	9
§1 Délimitation du champ d'analyse.....	9
§2 L'échantillonnage.....	12
Paragraphe 3 – La technique d'entretien.....	14
§1 Prise de contact.....	14
§2 Déroulement des entretiens.....	14
Section 2 – Le recours à la littérature.....	16
Chapitre 4 – Analyse des données et interprétations.....	17
Conclusion.....	18
Partie 2 – Analyse transversale des représentations et collaborations des acteurs.trices.....	19
Chapitre 1 – Le bas seuil : éléments de définition et représentations des acteurs.trices.....	19
Section 1 – Eléments de définition.....	20
Paragraphe 1 – L'approche des institutions bas seuil.....	20
Paragraphe 2 – Le public cible des institutions bas seuil.....	21
Section 2 – Représentations des acteurs.trices.....	22
Paragraphe 1 – Précisions préliminaires à propos de l'expression « bas seuil ».....	23
§1 Le bas seuil : une caractéristique des usager.e.s ?.....	23
§2 Le bas seuil : une caractéristique de la qualité des soins ?.....	24
Paragraphe 2 – Que recouvre l'expression bas seuil selon ceux qui y travaillent ?.....	24
§1 Le bas seuil : un accueil gratuit, inconditionnel et anonyme.....	24
A) Un accueil gratuit.....	25
B) Un accueil anonyme.....	26
C) Un accueil inconditionnel.....	27
Comment se situent les institutions face aux gens qui ne font pas partie du public cible ?.....	28
Les mineur.e.s.....	28
Les gens qui n'ont pas de réel problème de consommation.....	28
Les gens qui ne correspondent pas au public cible de l'institution.....	29
Les patient.e.s psychiatriques.....	29
Comment se situer face aux usager.e.s qui ne respectent pas les règles ?.....	30
Les comportements violents, insultants ou irrespectueux.....	30
La consommation de drogue dans l'enceinte de l'institution.....	32
Le non-respect répété des horaires de rendez-vous.....	35
§2 Le bas seuil : une approche centrée sur l'accueil de l'urgence.....	37
§3 Le bas seuil : une approche adaptée à chaque usager.....	39
§4 Le bas seuil : une approche caractérisée par l'horizontalité de la relation et de l'architecture.....	41
§5 Le bas seuil : une approche intimement liée à la réduction des risques.....	43

§6 Le bas seuil : du travail social palliatif ?.....	47
Chapitre 2 – Le problème épineux de la circulation des usager.e.s vu par les professionnel.le.s.....	49
Section 1 – Le problème de la circulation des usager.e.s.....	49
Paragraphe 1- La circulation depuis la rue vers le réseau bas seuil.....	50
§1 De l'existence d'une population cachée.....	50
§2 Des causes de l'existence d'une population cachée.....	51
Paragraphe 2 - La circulation au sein du réseau bas seuil.....	52
§1 De l'existence d'un manque de circulation au sein du réseau.....	52
§2 Des causes du manque de circulation au sein du réseau.....	53
§3 Du caractère problématique du manque de circulation au sein du réseau.....	53
Paragraphe 3 – La circulation depuis le réseau bas seuil vers les soins de santé classiques... ..	54
§1 De l'opportunité de tenter de réaffilier les usager.e.s aux soins de santé classiques.....	54
§2 De l'échec du processus de réaffiliation aux soins de santé classiques.....	56
Section 2 – La question paradoxale du lien.....	56
Paragraphe 1 – Le lien : une tentative de solution.....	57
Paragraphe 2 - Le lien : une source de problèmes.....	58
Chapitre 3 – La collaboration comme réponse au problème de la circulation.....	60
Section 1 – Etude de quelques projets collaboratifs.....	60
Paragraphe 1 – Collaboration visant à aider les usager.e.s à circuler.....	60
§1 – La collaboration au quotidien.....	61
§2 – Les limites de la collaboration quotidienne.....	62
§3 – Le projet boule-de-neige.....	62
A) Les projets boule-de-neige : généralités et historique.....	63
B) boule-de-neige à Bruxelles : un projet collaboratif.....	63
C) Objectifs de la collaboration.....	64
D) Fonctionnement de la collaboration.....	66
E) Gestion des divergences de point de vue.....	68
F) Conclusion.....	70
§4 – Le projet « mini comptoir ».....	71
A) Nature de la collaboration.....	71
B) Origines de la collaboration.....	71
C) Objectifs de la collaboration.....	72
D) Fonctionnement de la collaboration.....	73
E) Conclusion.....	73
§5 – Le projet « hépatite C ».....	73
A) Nature de la collaboration.....	73
B) Origines de la collaboration.....	74
C) Objectifs de la collaboration.....	74
D) Fonctionnement de la collaboration.....	75
E) Conclusion.....	75
Paragraphe 2 – Collaboration visant à assurer la continuité des soins.....	75
§1 – La collaboration au quotidien.....	76
§2 – Le projet infitox.....	76
A) Nature du la collaboration.....	77
B) Origines de la collaboration.....	77
C) Objectifs de la collaboration.....	78
D) Fonctionnement de la collaboration.....	78
E) Conclusion.....	79
Paragraphe 3 – Collaboration visant à contourner le problème de la circulation : la mise en place d'un centre intégré.....	80

§1 – Nature de la collaboration.....	80
§2 – Objectifs de la collaboration.....	80
§3 – Un développement efficace malgré des conceptions divergentes.....	81
A) Exemples représentatifs de points de désaccord.....	81
1. Est-il souhaitable de rassembler RdR et soin en un même lieu ?.....	81
2. Le centre intégré : synonyme de ghettoïsation ?.....	83
3. La question du lien : grande absente des débats.....	84
B) Eléments permettant de surmonter ces désaccords.....	84
§4 – Conclusion.....	85
Section 2 – Observations transversales.....	86
Paragraphe 1 – Une collaboration harmonieuse.....	86
Paragraphe 2 – Mécanismes à la base de cette collaboration harmonieuse.....	87
Conclusion générale.....	89
Bibliographie.....	90

Introduction

Pour la réalisation de ce mémoire de fin d'études, j'ai souhaité m'intéresser aux conceptions et pratiques de ceux et celles qui se donnent pour mission d'accompagner les usager.e.s de drogue les plus démunis.e.s. Leur travail me semble en effet fascinant : les défis sont nombreux, les débats passionnants, et les rencontres humaines uniques. Un stage effectué dans cet univers durant l'été a renforcé mon intérêt pour le secteur. J'ai remarqué d'une part que les acteurs.trices étaient porteurs.euses de réflexions souvent très fouillées à propos du sens de leur travail, et d'autre part que ces conceptions étaient parfois divergentes. Je me suis alors demandé comment ces conceptions étaient articulées aux pratiques professionnelles, et en particulier comment elles affectaient la capacité des acteurs.trices à collaborer. Après réflexion, j'ai formulé la question de recherche suivante : « *Comment les représentations des travailleurs.euses à propos de leur secteur et des problèmes qui s'y posent influencent-elles leurs pratiques de collaboration ?* ».

Dans ce travail, je commencerai par rendre compte de ma démarche méthodologique (Partie 1). J'ai adopté une démarche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs, cette méthode me semblant la plus adaptée pour explorer les représentations des acteurs.trices. Je proposerai ensuite une analyse transversale des entretiens visant à répondre à ma question de recherche (Partie 2). Cette analyse se divise en trois grands chapitres. Dans le premier, j'explore les représentations des acteurs.trices à propos du travail dans le secteur bas seuil en général (Chapitre 1). Dans le second, je montre comment les acteurs.trices pensent le problème principal de leur secteur : le manque de circulation des usager.e.s entre les institutions (Chapitre 2). Dans le troisième, je montre comment les acteurs.trices porteurs de ces représentations parviennent à collaborer (Chapitre 3). Il y a là un cheminement logique : les représentations à propos du secteur bas seuil en général déterminent en grande partie les représentations à propos des problèmes qui s'y posent ; les représentations à propos de ces problèmes donnent naissance aux pratiques de collaboration (c'est-à-dire que ces pratiques sont développées dans l'idée de répondre aux problèmes).

Partie 1 – Approche méthodologique de l'étude du secteur *bas seuil toxicomanie*

Dans cette partie, j'exposerai la méthodologie que j'ai adoptée afin de répondre à ma question de recherche et de relever le mieux possible les défis de ce mémoire. Je présenterai d'abord ma question de recherche (Chapitre 1) puis je traiterai du modèle d'analyse choisi (Chapitre 2), j'expliquerai ensuite comment la récolte des données a été réalisée (Chapitre 3), et je discuterai enfin de ma méthode d'analyse et d'interprétation des données (Chapitre 4).

Chapitre 1 – Question de recherche et objet d'étude

Dans ce chapitre, je présente d'abord la genèse de mon questionnement (Section 1), et ensuite ma question de recherche (Section 2).

Section 1 – Genèse du questionnement

La question de départ de ce mémoire m'a été inspirée par la confrontation avec des « informations confusionnantes » (puzzling)¹ que j'ai pu recueillir lors de différents stages dans le secteur *bas seuil toxicomanie*, puis lors d'entretiens exploratoires. En effet, il me semblait alors que certain.e.s acteurs.trices considéraient que le secteur était structuré par l'opposition entre réduction des risques (R.d.R.) et soin, alors que d'autres n'accordaient aucune importance à cette opposition. En tentant d'obtenir des précisions, j'ai constaté que la définition même des concepts de réduction des risques et de soin n'était pas semblable d'un.e acteur.trice à l'autre. Il m'a alors semblé intéressant d'observer comment ces différences de représentations influençaient les pratiques des acteurs.trices, et en particulier leur capacité de développer des pratiques collaboratives. C'est pourquoi j'ai pensé me pencher sur cette problématique au départ de la question suivante:

« Comment l'opposition entre réduction des risques et soins influence-t-elle la capacité des professionnel.le.s du bas seuil à collaborer ? ».

Section 2 – La question de recherche

Au cours de la phase exploratoire de mes recherches, il m'a semblé pertinent de m'éloigner de ma question de départ, et ce pour différentes raisons :

Premièrement, il est apparu que si les réponses des différent.e.s acteurs.trices m'avaient semblé « puzzling », c'était que je n'avais pas acquis une bonne compréhension des représentations portées

¹ D. SILVERMAN, *Qualitative Methodology and Sociology. Describing the Social World*, 1985, Aldershot, Gower, p. 64.

par les acteurs.trices et du sens qu'ils.elles attribuaient à leur pratique. Ils.elles évoquaient en effet de nombreux concepts qui ne m'étaient pas familiers, et faisaient référence à des logiques de travail dont je ne m'étais pas suffisamment imprégnée. Le travail du secteur étant très spécifique, il se structure autour de concepts et d'enjeux parfois inattendus pour l'observateur extérieur. C'est pourquoi l'exploration des représentations et enjeux des acteurs.trices m'a semblé être un préalable indispensable à tout travail de recherche à propos de ce secteur (cf. Partie 2, Chapitre 1).

Deuxièmement, il est rapidement apparu que, contrairement à ma première impression, le secteur bas seuil-toxicomanie n'est pas structuré autour de l'opposition R.d.R.-Soin². Je me suis donc demandé sur quelles autres représentations influençaient les pratiques de collaboration des professionnel.le.s. Il est apparu qu'elles étaient influencées par leurs représentations à propos de la notion de bas seuil, mais surtout par leurs représentations à propos de ce qui pose problème dans le secteur bas seuil. Les pratiques de collaboration doivent en effet être comprises comme des tentatives de réponse aux problèmes perçus par les acteurs.trices. C'est pourquoi j'ai souhaité explorer les représentations des acteurs.trices quant aux dysfonctionnements de leur secteur (cf. Partie 2, Chapitre 2) afin d'analyser, par ce prisme, leurs pratiques de collaboration (cf. Partie 2, Chapitre 3).

Sur base de ces éléments de réflexion, j'ai choisi la question de recherche suivante comme fil conducteur pour ce mémoire :

« Comment les représentations des travailleurs.euses du secteur bas seuil toxicomanie à propos de leur secteur et des problèmes qui s'y posent influencent-elles leurs pratiques de collaboration? »

Chapitre 2 – Modèle d'analyse

Lorsqu'il s'agit de thèmes émotionnellement chargés comme l'usage de drogue, il est tentant pour le.la chercheur.euse d'anticiper les résultats et d'émettre des hypothèses sur base son propre rapport à la problématique. Dans les tout premiers temps de ma recherche (phase exploratoire), mon propre ressenti subjectif m'avait amenée à formuler des hypothèses qu'il s'agissait d'infirmer ou de confirmer sur base de données récoltées sur le terrain. J'avais en effet considéré d'entrée de jeu que l'articulation entre R.d.R. et soin présentait un problème presque insoluble qui devait amener à des tensions dans le secteur. Sans m'en être bien rendue compte, j'entamais la recherche en utilisant cet *a priori* comme hypothèse à confirmer dans une démarche déductive. Je me suis rapidement aperçue que cette manière d'approcher le problème biaisait mon interprétation des données récoltées sur le

2 Notons que la question de l'articulation entre soin et R.d.R. reste un point de départ intéressant lors des entretiens de recherche. Elle permet en effet d'aborder de nombreuses représentations dont sont porteurs les acteurs : qu'est-ce que « prendre soin de quelqu'un » ? « Quels risques réduit-on dans le R.d.R. ? » etc.

terrain, et n'était pas adaptée au thème de ma recherche.

J'ai donc choisi de prendre le contre-pied de cette approche en adoptant une démarche résolument inductive. Tout l'enjeu d'une telle démarche est de produire un savoir émergeant des données récoltées sur le terrain³. Il s'agit donc pour le.la chercheur.euse de recueillir ces données en suspendant le plus possible ses propres catégories de pensée, sans tenter de ramener le réel à des hypothèses préconçues. C'est dans cette optique qu'a été pensée toute la méthodologie de cette recherche. Tant au stade de la récolte qu'au stade de l'analyse des données, j'ai opté pour la méthode qui m'a semblé la plus favorable à une démarche inductive.

Chapitre 3 – Récolte des données

Dans ce chapitre, j'explique tout d'abord comment j'ai utilisé la technique de l'entretien (Section 1), et ensuite comment je me suis reposée sur la littérature (Section 2).

Section 1 – Le recours aux entretiens

Dans cette section, je justifie le choix de l'entretien comme méthode de récolte des données (Paragraphe 1), je discute ensuite de la délimitation du champ d'analyse et de l'échantillonnage (Paragraphe 2), et je présente enfin la technique d'entretien que j'ai choisie (Paragraphe 3).

Paragraphe 1 – Le choix de l'entretien comme méthode de récolte des données

Il n'existe pas de méthode de recherche universellement valable. Au contraire, la méthode doit être adaptée à l'objet de recherche à construire et à observer⁴. Cet objet de recherche consiste ici en l'articulation qui s'opère entre le système de représentation des acteurs.trices d'une part, et leurs pratiques de collaboration/opposition d'autre part. Il s'agit d'appréhender leurs conduites et leurs interactions comme pratiques dotées de sens. Dans cette optique, la méthode la plus adéquate est l'approche qualitative par entretiens. Cette méthode permet en effet, mieux que toute autre, d'appréhender et de « *rendre compte de systèmes de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture ou à une sous-culture* »⁵.

J'ai choisi de mener des entretiens de type semi-directif tout en incluant, le plus possible, une dimension de non-directivité. La recherche se prêtait mal à des entretiens tout à fait non-directifs. Il m'était en effet indispensable d'aborder avec mes informateurs.trices plusieurs questions différentes

3 L. VAN CAMPENHOUDT, L. QUIVRY, *Manuel de recherches en sciences sociales*, 4^e éd., Paris, Dunod, 2011, p. 58.

4 A. PIRES, « Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 5, n°2, 1987, p. 95.

5 G. MICHELAT, « Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie », *Revue française de sociologie*, vol. XVI, 1975, p. 230.

qu'on pouvait difficilement synthétiser en une seule consigne initiale. Il était donc nécessaire que j'intervienne plusieurs fois lors de l'entretien afin que mon interlocuteur.trice aborde l'ensemble de la thématique. Cependant, j'ai tenté d'intervenir le moins possible, me contentant de poser des questions ouvertes auxquelles les informateurs.trices pouvaient répondre librement. Je n'ai pas tenté de baliser leur réponse, ni de les ramener dans le champ de la recherche lorsqu'ils semblaient s'en éloigner. En effet, ce qui a l'air « en dehors du champ » possède souvent une importance capitale⁶.

J'ai fait le choix d'introduire cette dimension de non-directivité car cette méthode souple permet de rester ouvert.e aux multiples facettes de la réalité sociale en jeu. On peut ainsi éviter de circonscrire le récit d'avance par des questions, et laisser l'informateur.trice le tisser à son gré. C'est là une approche pertinente puisque l'information ne se trouve pas chez le.la chercheur.euse mais bien chez l'informateur.trice qui la possède de par son expérience : « *le chercheur écoute parce qu'il ne sait pas, l'informateur parle parce qu'il sait mieux que quiconque ce dont il parle* »⁷. En outre, Michelat souligne que moins l'entretien est directif, plus il permet d'accéder aux représentations et valeurs, parfois inconscientes, des acteurs.trices : « *Il semble bien qu'il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquêté, et la profondeur des informations qu'il peut fournir* »⁸.

Paragraphe 2 – La délimitation du champ d'analyse et l'échantillonnage

Ce paragraphe traite d'abord de la délimitation du champ d'analyse (§1) puis de l'échantillonnage (§2).

§1 Délimitation du champ d'analyse

J'ai décidé de centrer ma recherche sur le secteur *bas seuil toxicomanie* bruxellois. Plusieurs raisons ont présidé à ce choix. Premièrement, le secteur *bas seuil toxicomanie* accomplit un travail très spécifique, ce qui l'a amené à développer des concepts et des logiques de travail uniques, lesquelles ont suscité mon intérêt. Ensuite, c'est le secteur où se pose de la manière la plus aiguë la question de l'articulation entre R.d.R. et soin qui constituait le point de départ de ma recherche. Enfin, la réalité du terrain pose de nombreux défis que les acteurs.trices ne peuvent relever que par une collaboration étroite. L'ensemble de ces facteurs fait du secteur un terrain de recherche passionnant.

J'ai tracé les frontières du champ d'analyse de la manière qui m'a semblée la plus adaptée à ma question de recherche. J'ai décidé premièrement d'inclure uniquement des institutions susceptibles d'être confrontées à des défis conceptuels ou éthiques relativement similaires. Ainsi, je prévoyais de

⁶ *Ibid.*, p. 243.

⁷ P. GRELL, « Une méthode pour dépasser les réalités partielles, in D. DESMARAIS, P. GRELL (éds.), *Les récits de vie, théorie, méthodes et trajectoires types*, Boréal, Montréal, 1986, p. 170.

⁸ G. MICHELAT, *op. cit.*, p. 231.

demander à l'ensemble des informateurs.trices comment ils pensaient les notions de gratuité, d'accueil inconditionnel ou encore de réduction des risques. Il n'était donc pas pertinent de se tourner vers des institutions où ces notions ne jouent aucun rôle. J'ai décidé deuxièmement d'inclure uniquement des institutions susceptibles de travailler ensemble. Il n'aurait en effet pas été intéressant d'inclure dans une recherche centrée sur les modes de collaboration entre les institutions des institutions qui ne sont jamais en contact.

Sur base du premier critère, j'ai exclu de nombreuses institutions qui collaborent avec le secteur *bas seuil toxicomanie*, mais ne sont pas confrontées aux mêmes défis conceptuels et éthiques : l'ensemble des institutions qui ne s'adressent pas spécifiquement aux usagers de drogues (mais bien, par exemple, aux sans-abri), ainsi que toutes celles qui offrent aux usager.e.s de drogue un mode de prise en charge tout à fait différent (par exemple, les services hospitaliers). Sur base du second critère, j'ai exclu les institutions qui sont confrontées aux mêmes défis conceptuels et éthiques mais ne sont pas ou peu susceptibles de travailler avec le secteur *bas seuil toxicomanie* bruxellois : les institutions du secteur *bas seuil toxicomanie* situées en dehors de Bruxelles.

Dans la pratique, le processus de sélection n'a pas été très difficile. En effet, les institutions incluses dans le champ d'analyse travaillent avec la même population (les usager.e.s de drogue les plus marginalisé.e.s de Bruxelles), font partie des mêmes structures de concertation, se définissent généralement elles-mêmes comme « bas seuil », et définissent généralement les autres comme des « partenaires privilégiés ». Il s'agit donc d'un groupe relativement facile à identifier.

(Notons que j'étais bien sûr soumise à un impératif de limitation de la recherche dans le temps. Une recherche approfondie portant, par exemple, sur l'ensemble du secteur bruxellois aurait été pratiquement irréalisable dans le temps qui m'était imparti. Un choix devait donc être opéré.)

Au terme du processus de sélection, les institutions suivantes ont été incluses dans le champ d'analyse⁹:

- Le Centre Psycho-Médico-Social Alpha est une maison de soins ambulatoires offrant entre autres des consultations en médecine générale (comprenant la prescription de traitements de substitution), des consultations en psychiatrie, des soins infirmiers (douches, pansements, dépistages, etc.), des consultation psy (suivi régulier ou ponctuel), une aide administrative (obtention de l'aide médicale urgente, recherche de logement, réaffiliation au CPAS, etc.), du matériel d'injection (en petite quantité), l'accès à du matériel informatique, un lieu où simplement s'installer avec un café. Elle emploie des infirmier.e.s, des assistant.e.s

9 Dans le but de préserver l'anonymat des répondant.e.s, le nom des institutions est ici modifié (à l'exception de la Fedito Bruxelloise dont mon interlocuteur souhaite le maintien du nom réel).

sociaux.ales, des médecins généralistes, un.e psychiatre, des éducateurs.trices et des psychologues.

- Le Centre Psycho-Médico-Social Bêta offre un service similaire au Centre Psycho-Médico-Social Alpha. Il délivre quant à lui du matériel d'injection en quantité illimitée.
- Le Comptoir d'Echange offre du matériel d'injection en quantités illimitées, des soins infirmiers, la remise en ordre de l'aide médicale urgente, et un endroit où s'installer avec un café. Il dispose en outre de plusieurs travailleurs de rue qui vont à la rencontre des usagers qui n'arrivent pas jusqu'à l'institution, ou accompagnent les usager.e.s du comptoir d'échange vers d'autres institutions. Il emploie des infirmier.e.s, des éducateurs.trices, des assistant.e.s sociaux.ales, et un.e médecin généraliste (uniquement pour remplir les documents permettant l'obtention de l'aide médicale urgente).
- Le Centre d'Hébergement de Crise offre un hébergement d'urgence de douze jours pendant lequel le centre travaille à trouver une solution d'hébergement et à mettre en place en dehors de l'institution les accompagnements dont aura besoin l'usager.e à sa sortie (prescription de traitement de substitution, suivi social, etc). Il offre également un endroit où les gens ayant bénéficié d'un hébergement par le passé peuvent venir s'installer avec un café (maximum trois fois par semaine). Enfin, il dispose de deux travailleurs de rue qui vont à la rencontre des usager.e.s qui n'arrivent pas jusqu'à l'institution, et accompagnent les usager.e.s de l'institution vers d'autres institutions. Il emploie une grande variété de travailleurs.euses sociaux.ales (assistant.e.s sociaux.ales, criminologues, éducateurs.trices, etc).
- Le Centre Familial suit les pères et mères usager.e.s de drogues pendant la grossesse ainsi que pendant les premières années de leur enfant. Le centre familial leur propose des consultations en médecine générale, un suivi psy (obligatoire), l'accompagnement d'une sage-femme, un suivi administratif, un accompagnement mobile pour les consultations en lien avec la grossesse, ainsi qu'un endroit où s'installer et jouer avec leur enfant. Ce centre a également un rôle de contrôle : lorsqu'il juge que l'enfant ne peut rester auprès de ses parents, il contacte le Service d'Aide à la Jeunesse. Il emploie une sage-femme, un.e médecin généraliste, des éducateurs.trices, des assistant.e.s sociaux.ales et des psychologues.
- Le Centre Hépatite C est une petite structure de liaison visant à aider les usager.e.s de drogue atteint d'hépatite C à bénéficier d'un suivi à l'hôpital. Ses travailleurs vont à la rencontre des usager.e.s dans les institutions bas seuil, leur expliquent les implications du traitement hépatite C, gèrent les rendez-vous à l'hôpital, et y accompagnent physiquement

les usager.e.s. Le centre emploie deux travailleurs.euses sociaux.ales.

- Le Centre de Coordination R.d.R. est une l'institution coordonnant l'ensemble des actions de réduction des risques en Belgique francophone. Il approvisionne les autres institutions en matériel d'injection, coordonne de nombreuses actions, organise des formations, et se fait le relai des revendications en matière de réduction des risques auprès du pouvoir politique. Il emploie des travailleurs.euses aux formations diverses (criminologues, philosophes, etc). Notons que le centre de coordination R.d.R. ne travaille pas uniquement avec les autres institutions de l'échantillon, mais également avec d'autres types d'institutions où se pratique la R.d.R. comme les prisons.

Sans inclure l'institution dans l'échantillon, j'ai néanmoins jugé utile de mener un entretien avec le président de la Fedito bruxelloise. La Fedito est la fédération rassemblant les institutions bruxelloises actives dans l'information, la prévention, la réduction des risques, les soins, l'accompagnement et l'épidémiologie relatifs aux consommations de substances psychoactives et aux addictions. Elle a notamment pour mission d'assurer la coordination et la concertation entre ses membres et d'être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics. La Fedito n'est donc pas une institution bas seuil (il ne s'y pose donc pas les mêmes questions que pour le reste de l'échantillon). Cependant, toutes les institutions bas seuil en font partie, et s'appuient sur elle pour coordonner leurs actions et gérer leurs éventuels conflits. C'est pourquoi il m'a semblé pertinent d'en interroger le président dans le cadre de ce mémoire.

§2 L'échantillonnage

Comme j'ai décidé de mener une recherche qualitative, je n'ai interrogé qu'un petit nombre de personnes. Elles n'ont pas été choisies en fonction de critères probabilistes ni dans l'optique de constituer un échantillon statistiquement représentatif. En effet, dans l'enquête qualitative, il s'agit de « *se libérer du joug de la pensée statistique, ou plus précisément de l'espèce de Surmoi quantitatif qui incite le chercheur à multiplier le nombre de ses entretiens* »¹⁰.

Il est surtout important de choisir des individus les plus divers possibles. « *L'échantillon est constitué à partir de critères de diversification en fonction de variables qui, par hypothèse, sont stratégiques, pour obtenir des exemples de la plus grande diversité possible des attitudes supposées à l'égard des thèmes de l'étude* »¹¹. J'ai constitué mon échantillon sur base de deux variables qui m'ont semblé stratégiques vu ma question de recherche.

10 S. BEAUD, « l'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, 1996, vol. 9, n°35, p. 234.

11 MICHELAT, *op. cit.*, p. 236.

J'ai sélectionné comme première variable l'institution dans laquelle travaille l'informatrice. Comme les institutions ont chacune une identité forte et des pratiques de travail différentes, il m'a semblé probable que des travailleurs.euses exerçant dans des institutions différentes auraient des attitudes et représentations différentes. En outre, comme la recherche porte sur les relations entre les institutions, il est important d'avoir le point de vue de travailleurs.euses issu.e.s des différentes institutions, toutes les parties n'ayant pas toujours la même vision des relations qui les lient. J'ai donc mené des entretiens dans toutes les institutions incluses dans le champ d'analyse. En effet, il n'y a pas dans le champ d'analyse deux institutions qui « feraient doublon » en manière telle qu'il ne serait pas intéressant de se rendre dans les deux. Notons par contre que pour les institutions qui possèdent plusieurs implantations, je ne me suis rendue que dans une implantation, l'implantation ne me semblant pas être une variable très stratégique.

Comme seconde variable stratégique, j'ai choisi la place occupée par le.la travailleur.euse au sein de son institution. Il m'a semblé pertinent d'interroger d'une part un.e travailleur.euse ayant déjà mené une importante réflexion à propos de la problématique et susceptible d'être très imprégné.e des représentations dominantes dans son institution. Il s'agit généralement d'un.e travailleur.euse expérimenté.e, régulièrement présent.e dans les structures de concertation, occupant un poste de coordination, et décrit.e par ses collègues comme « la bonne personne pour répondre à mes questions ». J'ai souhaité interroger d'autre part un.e travailleur.euse plus novice. Il s'agit généralement d'un.e travailleur.euse engagé.e relativement récemment dans l'institution, travaillant principalement sur le terrain, et moins certain.e de connaître « la bonne réponse à mes questions ». J'ai dans chaque institution repéré des travailleurs.euses correspondant à cette description sur base de ma connaissance de l'institution (les institutions n'ayant pas d'organisation interne comparable, il fallait pour chaque institution se demander quel travailleur.euse pourrait correspondre à ces critères). Il m'a semblé intéressant d'opter pour cette variable stratégique car les travailleurs.euses de terrain n'ont pas toujours la même perception de leur travail que les coordinateurs.trices. J'ai donc décidé d'explorer les deux, et de voir s'il y avait là de grandes différences.

Ce modèle m'amenait à interroger deux travailleurs.euses par institution. Cependant, dans certains cas, je me suis éloignée quelque peu de ce chiffre. Tout d'abord, dans une institutions ne comprenant qu'un.e travailleur.euse à temps plein et un.e travailleur.euse à temps partiel, je n'en ai interrogé qu'un.e (tant parce que l'autre travailleur.euse était indisponible que parce qu'il ne m'a pas semblé nécessaire d'interroger les deux travailleurs.euse d'une si petite institution). Ensuite, lorsque j'ai rencontré des travailleurs.euses exerçant dans deux institutions différentes, j'ai mené avec eux.elles un seul entretien plus long portant sur chacune des deux institutions. De même, ayant

rencontré une travailleuse qui venait de quitter une institution pour en rejoindre une autre, je me suis permis de mener avec elle un seul entretien portant sur les deux institutions. Cette méthode m'a permis de réduire quelque peu le nombre d'entretiens à mener. Enfin, j'ai mené plus que deux entretiens au Centre Psycho-Médico-Social Alpha car il s'agit de la première institution que j'ai explorée, et je n'avais pas encore, à ce stade, déterminé précisément ma méthode d'échantillonnage.

Paragraphe 3 – La technique d'entretien

Dans ce paragraphe, je décris comment se sont déroulés la prise de contact (§1) et les entretiens (§2).

§1 Prise de contact

J'ai découvert le secteur lors d'un stage effectué en août 2017 au Centre Psycho-Médico-Social Alpha. J'ai alors noué des contacts avec certain.e.s travailleurs.euses, qui ont eux-mêmes.elles-mêmes pu me recommander auprès de travailleurs.euses d'autres institutions, et ainsi de suite. J'ai contacté les personnes qui m'étaient recommandées par email ou par téléphone. Lors de ces contacts préalables, j'ai présenté en détails le thème de ma recherche. Plusieurs personnes m'ont demandé préalablement à l'entretien des précisions par rapport à la recherche. J'ai apporté toutes les précisions demandées afin de garantir le plus de clarté possible. J'ai également précisé dès le premier contact que je souhaitais enregistrer l'entretien en expliquant l'usage qui serait fait de l'enregistrement. J'ai par ailleurs donné des garanties d'anonymat et de confidentialité indispensables pour obtenir la collaboration des informateurs.trices: ni leurs nom, ni aucune information permettant de les identifier ne seraient publiés ; le nom de l'institution où ils.elles travaillent ne figurerait pas dans le travail ; la retranscription des entretiens ne serait pas publiée. En ce qui concerne le lieu de l'entretien, tou.te.s sauf une ont choisi de me recevoir sur leur lieu de travail. Cela m'a semblé très positif car cela m'a permis de m'imprégner de l'ambiance de l'institution. En ce qui concerne la durée de l'entretien, la plupart des travailleurs.euses a prévu de m'accorder environ une heure, tout en précisant qu'il n'était pas impossible qu'il y ait des interruptions.

§2 Déroulement des entretiens

La plupart des entretiens ont été précédés d'un moment informel permettant d'établir la confiance et de détendre l'atmosphère. J'ai alors rappelé les garanties d'anonymat et reprécisé l'objet de la recherche. Certain.e.s informateurs.trices avaient préparé des notes sur base de la présentation de la recherche que je leur avais communiquée par email. Le passage à l'entretien proprement dit s'est fait

assez naturellement lorsque j'ai allumé l'enregistreur avec l'accord de l'informatrice.

Une fois l'entretien entamé, j'ai tenté de rendre l'entretien le moins directif possible. J'ai entamé les entretiens par des questions ouvertes permettant aux enquêté.e.s d'aborder le thème comme ils.elles le souhaitent. Les enquêté.e.s se sont généralement montrés intéressé.e.s par les questions et ont fait part de leur expérience avec aisance. En conséquence, il a rarement été nécessaire que j'intervienne pour les encourager à parler. J'ai donc très peu eu recours à la reformulation, l'interprétation ou à la technique du miroir ou du reflet¹². Je me suis au contraire contentée d'encourager par des mimiques ou de petits gestes.

Je ne suis intervenue presque que poser de nouvelles questions ouvertes après que l'informatrice eut répondu à la précédente. A cette fin, j'avais préparé avant l'entretien un guide reprenant l'ensemble des thèmes que je souhaitais aborder et la façon dont ils s'articulaient. Ce guide n'était pas identique pour tou.te.s les enquêté.e.s, car les mêmes questions n'étaient pas pertinentes pour tou.te.s (par exemple, les questions portant sur la construction du lien avec les usagers n'ont de sens qu'avec les informateurs qui sont en contact avec les usagers dans le cadre de leur travail). La constitution du guide d'entretien était donc chaque fois informée par ma connaissance de la pratique professionnelle de la personne interrogée.

Avant chaque entretien, je me suis imprégnée du guide que j'avais préparé. Cependant, j'ai choisi de ne pas disposer du guide lors de l'entretien lui-même. En effet, « *si la présence d'un guide peut rassurer l'enquêteur (avec sa liste de questions sur la table), il reste que le guide peut changer la relation d'enquête*¹³ ». La présence du guide contribue à ce que l'interaction se déroule selon un cadre convenu, et peut donner à l'enquêté.e l'impression que l'entretien est une simple série de questions auxquelles il s'agit de « bien répondre »¹⁴. Mais surtout, j'avais peur qu'elle ne réduise ma disponibilité d'écoute. Je craignais d'être trop tentée de coller au guide d'entretien et de poser mes questions dans un ordre prévu à l'avance. Tout cela aurait rendu la conversation moins spontanée.

J'ai donc préféré poser les questions de manière naturelle, à mesure que les dires de l'informatrice les suscitaient chez moi. En conséquence, mes entretiens ne suivent pas tous le même schéma. Parfois même, j'ai oublié des questions, dû retourner en arrière, hésité longuement, et commis toute sorte d'autres maladresses. Il m'a semblé positif de permettre ces maladresses, car elles font partie des interactions humaines, rendent l'interaction naturelle, et facilitent le développement d'une conversation sincère : « *Or, l'intervieweur peut réaliser de très bons*

12 Voir à ce sujet D. RUQUOY, « Situation de l'entretien et stratégie de l'interviewer », in Albarello et al., *Pratiques et méthodes en sciences sociales*, Armand Colin, Paris, 1995, pp. 59-82.

13 S. BEAUD, *op. cit.*, p. 239.

14 *Ibid.*, p. 239.

entretiens approfondis (sur le plan des résultats de la recherche) en étant maladroit, en faisant des 'gaffes' (...). Les bons entretiens sont moins liés à des qualités techniques abstraites qu'à la capacité de l'enquêteur à susciter et à obtenir – même maladroitement, même ne transgressant les consignes techniques – la confiance de l'enquêté qui seule conduira au recueil d'un matériau suffisamment riche pour pouvoir être interprété »¹⁵.

Les entretiens ont duré entre une demi-heure et deux heures, généralement durant une pause prise par les travailleurs.euses dans leur journée de travail. Après avoir épuisé mes questions, j'ai systématiquement demandé aux enquêté.e.s s'ils.elles souhaitent ajouter quelque chose. Une fois que les enquêté.e.s avaient le sentiment de n'avoir plus rien à ajouter, je les ai remerciés et ai éteint l'enregistreur. Les enquêté.e.s me quittaient le plus souvent rapidement après cela afin de retourner travailler.

Section 2 – Le recours à la littérature

J'ai eu recours à la littérature à deux moments différents de ma recherche. Dans un premier temps, lors de la phase exploratoire, la littérature m'a été utile pour orienter ma recherche pratique, c'est-à-dire pour avoir quelques idées de questions à creuser lors des premiers entretiens. Dans un second temps, la littérature m'a été utile lors de l'analyse transversale des entretiens. Elle m'a en effet permis de confronter les opinions des acteurs.trices à d'autres points de vue, de percevoir des liens logiques qui m'avaient échappé, de développer des cadres d'analyse nouveaux, etc. Comme la littérature a nourri ma réflexion au cours du processus d'analyse des entretiens, et non au cours d'un processus intellectuel séparé, je ne la présente pas dans un chapitre différent. Au contraire, je la présente directement dans l'analyse transversale dont elle fait partie intégrante.

Rappelons que ce mémoire ne s'inscrit pas dans une démarche déductive. Il n'y a donc aucune tentative de confirmer ou d'infirmer une quelconque théorie exposée dans la littérature, ni de produire des savoirs sur base de cette littérature. C'est au contraire par une démarche inductive basée sur des entretiens que le champ d'investigation a été délimité et que des savoirs ont été produits¹⁶.

Notons également qu'il n'existe que peu de littérature traitant de la problématique de ce mémoire (on aurait donc été bien en peine de produire des savoirs sur cette base, l'eût-on souhaité). En outre, une grande partie de cette littérature est française et doit donc être traitée avec la plus grande prudence car les questions de R.d.R. se posent de manière différente en France et en Belgique. C'est

¹⁵ *Ibid.*, p. 244.

¹⁶ L. VAN CAMPENHOUDT, L. QUIVRY, *op. cit.*, p. 58.

pourquoi la place consacrée à la littérature est dans ce mémoire est relativement réduite.

Chapitre 4 – Analyse des données et interprétations

L'analyse des entretiens s'est construite progressivement. Pour la clarté du propos, je découpe ici le processus en phases différenciées et ordonnées. Dans la pratique, ces phases se sont parfois superposées : j'ai commencé l'analyse des premiers entretiens avant même d'avoir effectué les derniers.

Dans un premier temps j'ai, après chaque rencontre avec un enquêté, effectué « *la transcription immédiate des entretiens, leur examen à chaud et la totalisation du savoir sociologique au fur et à mesure qu'il s'accumule* »¹⁷ construisant ainsi une première perception de l'objet de la recherche. J'ai ensuite relu les entretiens un certain nombre de fois afin de m'en imprégner (et parfois, de me préparer pour les entretiens suivants).

J'ai ensuite procédé à une analyse qui peut être qualifiée de verticale. Cette analyse consistait à faire apparaître la logique interne et l'articulation de chaque entretien en le décortiquant minutieusement. Dans ce but, j'ai réécouté l'enregistrement des entretiens car, à ne se baser que sur la retranscription, on court le risque de perdre ce qui fait la richesse de la parole (le ton, le timbre, les intonations, etc.)¹⁸ : « *C'est en s'imprégnant 'auditivement' de l'entretien, en revivant en quelque sorte la scène mais en étant dégagé cette fois de la contrainte de l'interaction (conduire l'entretien, faire durer l'échange), que le sociologue a le plus de chance de réaliser le meilleur travail interprétatif* »¹⁹. Par ailleurs, je me suis replongée dans mes notes portant sur le contexte de l'entretien (prise de contact, déroulement de l'entretien, lieu et durée de l'entretien, attitudes de l'interlocuteur, etc.) afin de tenir compte de ce contexte pour interpréter les paroles des enquêtés : « *L'expérience de l'enquête prouve que l'entretien approfondi ne prend sens que dans un contexte, en fonction du lieu et du moment de l'entretien. La situation d'entretien est à elle seule, une scène d'observation. Plus exactement, seule l'observation de la scène sociale que constitue l'entretien donne les éléments d'interprétation de l'entretien* »²⁰.

Une fois cette première analyse verticale terminée, j'ai procédé à une analyse dite « thématique ». Il s'agissait de procéder à une lecture transversale des entretiens afin de faire ressortir les thèmes communs et d'aboutir à une grille d'analyse thématique. Au cours de ce processus, je n'ai pas perdu de vue la spécificité de chaque entretien : « *L'attention particulière portée à la singularité de*

17 D. BERTAUX, « L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXIX, 1980, p. 211.

18 S. BEAUD, *op. cit.*, p. 250.

19 *Ibid.*, p. 251.

20 *Ibid.*, p. 236.

*chaque entretien va de pair avec une mise en relation des divers entretiens entre eux. On est ainsi conduit à alterner les lectures verticales des entretiens (en gardant la logique propre à chacun) et les lectures horizontales, pour établir les relations avec les autres entretiens »*²¹. Après l'établissement d'une première grille d'analyse thématique, j'ai opéré un retour aux entretiens afin de peaufiner, préciser et corriger la grille d'analyse établie. On peut donc dire que la modélisation thématique s'est révélée au fur et à mesure de l'exploration du matériel récolté sur le terrain ; on est bien dans une démarche tout à fait inductive.

Où arrêter l'analyse ? Comme le rappelle Michelat²², il est toujours possible de modifier la grille d'analyse. L'analyse n'a théoriquement pas de fin. Seul le critère de cohérence interne et de stabilité peut mettre fin au travail d'analyse. J'ai donc jugé que l'analyse était terminée quand j'ai estimé que la modélisation thématique proposée rendait compte de manière cohérente de l'ensemble du matériau récolté.

Conclusion

Il m'a paru indispensable de rapporter précisément quelle a été ma méthode de recherche. En effet, mon intervention est présente à tous les niveaux de la construction de ce travail. Plus précisément, le travail consiste en la substitution de mon discours à celui des enquêtés. Alors que dans un premier temps, j'ai provoqué leur discours dans le cadre des entretiens, dans un second temps, j'ai retravaillé leurs réponses en leur appliquant diverses associations et interprétations afin d'aboutir à l'analyse thématique : *« La difficulté essentielle tient au fait qu'il y a en vérité une double mise en forme, relative premièrement au savoir caractéristique de l'histoire de vie et deuxièmement, au savoir qu'élaborera le sociologue sur cette base, c'est-à-dire au savoir sociologique. Le passage de l'un à l'autre scelle le sort fait au savoir premier dans le savoir second. (...) Ce passage d'une forme à l'autre est une transformation, il est caractéristique de tout travail sur une forme première dans la construction d'une forme seconde, qu'elle soit scientifique ou littéraire par exemple. Ce sont les règles privilégiées de cette mise en forme qui définissent le travail du chercheur et la qualité du résultat. Ce passage est néanmoins obligé et n'exige que plus de prudence de la part du voyageur »*²³.

21 G. MICHELAT, *op. cit.*, p. 242.

22 *Ibid.*, p. 245.

23 G. HOULE, « Histoire de vie et récits de vie : la découverte obligée du sens commun », in D. DESMARAIS, P. GRELL (éds.), *op. cit.*, pp. 44-45.

Partie 2 – Analyse transversale des représentations et collaborations des acteurs.trices

Dans cette seconde partie, je présente les résultats de l'analyse des entretiens. Pour cette analyse, je me suis basée tant sur les entretiens eux-mêmes que sur des éléments de réflexion tirés de la littérature.

Cette partie se divise en trois chapitres présentant les thèmes principaux dégagés de l'analyse. Le premier tente de rendre compte des représentations des acteurs.trices à l'égard de leurs pratiques professionnelles (Chapitre 1). Il s'agira de constater la consistance commune qui est conférée à la notion de « bas seuil » ainsi que les divergences qui peuvent surgir à ce sujet entre les institutions ou entre les individus. Dans le second chapitre, je tente de faire émerger ce que les acteurs.trices perçoivent comme un problème dans le fonctionnement de leur secteur (Chapitre 2). J'aborderai alors l'épineux problème de la circulation des usager.e.s entre les institutions. Les usager.e.s n'arrivent que très difficilement dans les institutions où il serait bénéfique qu'ils.elles soient suivis, c'est là un défi majeur pour le secteur. Il apparaîtra que la création de lien social entre usager.e.s et institutions peut atténuer cette difficulté, ou au contraire l'amplifier. Le dernier chapitre montrera comment les acteurs.trices tentent de répondre aux problèmes qu'ils identifient par le développement de pratiques de collaboration (Chapitre 3). Ces pratiques sont étroitement articulées aux représentations examinées dans les deux premiers chapitres, les unes ne pouvant exister sans les autres. Aussi, il conviendra de lire ce chapitre centré sur les pratiques à travers le spectre des représentations.

Chapitre 1 – Le bas seuil : éléments de définition et représentations des acteurs.trices

Dans ce chapitre, j'explore le socle de représentations communes sur lequel sont fondées les pratiques des acteurs.trices : le concept de « bas seuil ». Dans une première section introductive, je présenterai quelques éléments de définition à propos d'une part de l'approche des institutions bas seuil, et d'autre part de leur public cible (Section 1). Il ne s'agit pas dans cette section d'explorer ces thèmes en détails, mais bien de fournir au.à la lecteur.trice quelques éléments de définition indispensables à la compréhension ultérieure de l'analyse des entretiens. Dans la seconde section, je m'attaquerai à l'analyse des entretiens proprement dite (Section 2). Il s'agira de découvrir ce que recouvre l'expression « bas seuil » selon les professionnel.le.s en faisant apparaître les points de convergence et divergence entre leurs conceptions.

Section 1 – Eléments de définition

Cette section a pour visée de proposer au lecteur quelques éléments de connaissance qui doivent lui permettre de suivre sans difficulté les sections suivantes. Je commencerai par une brève présentation de l'approche des institutions bas seuil (Paragraphe 1). Cette présentation doit permettre au lecteur de se faire une première idée de cette approche afin de pouvoir comprendre le reste du chapitre. Je donnerai ensuite quelques éléments d'explication à propos du public cible des institutions bas seuil (Paragraphe 2). Cette explication devrait permettre au lecteur de se représenter plus précisément la réalité à laquelle sont confronté.e.s les professionnel.le.s du bas seuil.

Paragraphe 1 – L'approche des institutions bas seuil

Au cours des trente dernières années, le travail social s'est vu confronté de façon croissante au défi posé par des populations à ce point marginalisées qu'elles ne peuvent s'inscrire dans les dispositifs d'aide socio-sanitaires de droit commun. Le problème se pose de façon particulièrement aiguë en ce qui concerne les usager.e.s de drogue marginalisé.e.s. En effet, ceux.celles-ci cumulent souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité, en manière telle qu'ils.elles peinent à avoir accès au réseau de soins classique et à l'aide sociale.

Les institutions à bas seuil d'accès sont une tentative de réponse à ce problème. L'expression « bas seuil d'accès » fait référence au faible niveau des exigences que doit rencontrer l'utilisateur pour pouvoir bénéficier des prestations de l'institution : processus d'admission simplifié à l'extrême, gratuité, plages horaires souples, absence d'exigence d'être en ordre de mutuelle ou de disposer d'un droit de séjour sur le territoire, etc²⁴. Elle fait également référence à un mode de prise en charge basé sur l'accueil inconditionnel, l'écoute, et l'absence de jugement²⁵.

Notons que certains auteurs préfèrent la notion de « seuil adapté ». Il s'agit ici d'insister sur le fait que l'accueil est adapté aux caractéristiques de chaque usager.e du service. Les priorités ne sont pas fixées à l'avance, mais définie en collaboration avec l'utilisateur afin de répondre au mieux à ses besoins²⁶.

La notion de « bas seuil » est intimement liée à celle de « population cachée ». Le but des institutions bas seuil est en effet d'atteindre des populations qui jusque là ne bénéficiaient pas ou

24 S. HARDEGGER, A. HASENHOELLER, M. SCHEUBER, *Prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire » des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature*, Mandat du service du Médecin cantonal de Fribourg, 2009, p. 10.

25 P. PATTEGAY, « L'actuelle construction, en France, du problème des jeunes en errance. Analyse critique d'une catégorie d'action publique », *Déviance et société*, 2001/3, Vol. 25, pp. 257-277.

26 P. POLOMENI, D. BRY, I. CELERIER, *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2005, p. 54.

peu de l'offre sanitaire et sociale »²⁷. Les institutions bas seuil jouent ainsi un rôle tampon entre des institutions aux conditions d'accès trop exigeantes et la rue²⁸.

Paragraphe 2 – Le public cible des institutions bas seuil

Dans ce paragraphe, j'aborde la situation des usager.e.s de drogues qui constituent le public cible des institutions bas seuil. Je m'intéresserai en particulier aux raisons pour lesquelles ils.elles n'ont souvent pas accès aux dispositifs socio-sanitaires habituels en mobilisant le concept de sous-protection sociale.

La sous-protection sociale est définie par Katrien Steensen comme « *toute situation dans laquelle se trouve une personne qui – pour quelque situation que ce soit – ne bénéficie pas de l'offre publique de droits et services qu'elle pourrait réclamer* »²⁹. Etre en situation de sous-protection sociale, c'est notamment être en situation de non-connaissance, de non-recours ou de nonaccès à ses droits. C'est également ne pas se voir proposer, voire même être exclu, des droits auxquels on est pourtant éligible³⁰.

Telle est la situation des usager.e.s de drogue bruxellois.e.s les plus marginalisé.e.s³¹. Ceux-ci sont pris dans un cumul de facteurs de vulnérabilité relevant des dimensions sociale, médicale, psychologique et parfois judiciaire. Ces facteurs de vulnérabilité s'allient pour résulter dans une profonde désinsertion sociale. Une grande part de ces usager.e.s vit en situation de pauvreté, habitant la rue, des squats ou des institutions. Certain.e.s ne disposent d'aucun revenu sauf ceux générés par la manche et la débrouille. Beaucoup n'ont plus d'assurance maladie-invalidité. Certain.e.s sont en situation de séjour illégale. D'autres encore vivent des situations médicales parfois catastrophiques (infection des plaies d'injection, hépatite C non traitée, etc).

Ces personnes ne bénéficient souvent pas de certains de leurs droits (pensons par exemple au droit à un revenu d'intégration sociale, au droit d'asile, au droit à l'aide médicale urgente, etc.) et n'ont souvent pas ou peu recours aux soins de santé classiques (c'est-à-dire, ceux qui sont offerts par les hôpitaux généraux, les maisons médicales, les services de santé mentale, etc).

27 E. JACOB, « Les structures à « bas seuil » : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des « populations à risques » ? », *Revue Prévenir*, 1997, n° 32, p. 104.

28 C. ROTHE, « Jeunes en errance : les effets pervers d'une prise en charge adaptée », *Agora Débats/Jeunesses*, 2010/1, n°54, pp. 87-99.

29 K. STEENSENS, « L'action proactive comme moyen de lutte contre la sous-protection sociale : une exploration des concepts et du contexte politique actuel », *Revue belge de sécurité sociale*, 2014/1, p. 21.

30 OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, *Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017, p. 164.

31 S. ALEXANDRE et le GROUPE DE TRAVAIL BAS SEUIL, « Sous protection sociale des usager.e.s de drogues : lorsque la criminalisation rajoute à la désinsertion », in OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, *Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017, pp. 211-216.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation de non recours. Songeons par exemple à la méconnaissance des règlements administratifs qui entourent l'offre socio-sanitaire (en particulier pour les usager.e.s ayant une trajectoire migratoire), ou au découragement face aux exigences administratives de plus en plus complexes de certaines institutions. Songeons également au rejet fréquent des ces individus par divers services de droit commun qui ne souhaitent pas prendre en charge le public usager de drogue³².

La consommation de drogues ou d'alcool peut également jouer un rôle important. La vie de l'usager.e peut devenir une permanente question d'immédiateté, l'usager.e devant se procurer le plus vite possible le produit qui lui permettra d'éviter le manque. Le respect de la temporalité lente des procédures de réaffiliation n'en est que compliqué. En outre, la consommation peut entraîner un détachement de la personne à l'égard de son corps, induisant une totale distance tout aussi bien à l'égard des plaies bénignes que des infections aiguës, voire des maladies sévères.

La criminalisation des drogues contribue également au phénomène en poussant les usager.e.s dans la clandestinité et en induisant des trajectoires criminelles toujours synonymes de désinsertion.

L'ensemble de ces facteurs résulte parfois dans une désinsertion totale et une exclusion sociale touchant l'individu au plus profond de lui-même, et l'empêchant de formuler encore la moindre demande d'aide³³. La notion d'auto-exclusion, développée par J. Furtos, apporte un éclairage intéressant pour comprendre ces personnes qui n'ont plus de demande. Selon l'auteur, le vécu répété de phénomènes d'exclusion douloureux peut amener le sujet à adopter des comportements d'auto-exclusion et de mise en retrait. Le sujet se coupe alors du reste du monde et retourne l'exclusion contre lui-même. Bien souvent, en fermant la porte au monde, on se coupe également de soi-même et de ses propres émotions et sensations, c'est là tout le drame. Le sujet s'isole ainsi tant de lui-même que des autres humains³⁴.

Section 2 – Représentations des acteurs.trices

Dans cette section, il s'agira de découvrir ce que recouvre l'expression « bas seuil » selon ceux qui y travaillent. Leurs représentations à ce sujet doivent en effet nous intéresser puisqu'elles constituent le socle de représentations communes sur lequel se fondent leurs pratiques professionnelles. Dans un court premier paragraphe, je rendrai compte de l'opinion des acteurs.trices à propos du choix des mots « bas seuil » (Paragraphe 1). Dans un second paragraphe, je proposerai différentes manières de

32 A. COPPEL, « De l'usager.e.e de drogues à l'usager.e des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services »?, *Sciences sociales et Santé*, 2005/1, Vol. 23, pp. 70-77.

33 DUNE ASBL, *Rapport d'activité 2016*, Juin 2017, p.14.

34 J. FURTOS, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presse de l'Ecole Normale Supérieure, 2009, p. 25.

définir le bas seuil révélées par l'analyse du matériel (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Précisions préliminaires à propos de l'expression « bas seuil »

Pour certain.e.s professionnel.le.s, le choix des mots « bas seuil » est problématique. Ces termes peuvent en effet générer de la confusion : quel seuil est supposé être bas ? Les professionnel.le.s tiennent donc à préciser qu'on n'abaisse ni les usager.e.s (§1), ni la qualité soins (§2), mais bien le seuil d'exigence à l'entrée des institutions.

§1 Le bas seuil : une caractéristique des usager.e.s ?

Lors de la plupart de mes entretiens, j'ai utilisé sans y réfléchir les expressions « une population bas seuil » et « des patients bas seuil » afin de désigner la population cible des institutions que j'étudie. Alors que l'adjectif « bas seuil » était à l'origine utilisé pour désigner des institutions (par exemple, « telle institution est une institution bas seuil ») ou des modes de prise en charge (par exemple, « ce n'est pas bas seuil de rejeter les patients intoxiqués »), je l'ai utilisé pour qualifier des gens. Je ne suis pas la seule à m'être rendue coupable de ce glissement, comme le relève Lise Dassieu : *« Certains soignants font du seuil une caractéristique inhérente au comportement des patients plus qu'aux exigences des institutions. Ils décrivent ainsi des patients « haut seuil », qui suivent strictement le « cadre » de prescription, des patients « moyen seuil », qui peuvent avoir quelques « rechutes » mais s'inscrivent globalement dans une logique de soin, et enfin des patients « bas seuil », qui ne respectent pas les règles »*³⁵.

Mon utilisation de cette expression a fait réagir très fort mon interlocuteur lors d'un de mes derniers entretiens : *« Donc moi juste dire, j'entends de plus en plus de gens dire 'des populations bas seuil'. Les populations sont pas bas seuil. C'est les institutions et les dispositifs publics qui doivent baisser leur seuil. Les gens qu'on reçoit c'est des gens, ou des citoyens qui sont exclus, précarisés, exilés, dans une misère de type dix-neuvième siècle parfois, et qui nécessitent l'ajustement des structures. Donc c'est pas les publics qui sont bas seuils, c'est les institutions qui devraient s'adapter »* (IV, l. 29-33).

Cette remarque me semble pertinente. Le bas seuil doit en effet être considéré comme une exigence *a priori* des structures proposant la prise en charge des usager.e.s de drogue, et non comme une caractéristique intrinsèque de ces usager.e.s. Il me semble a présent dangereux de qualifier les populations de 'bas seuil' comme je l'ai fait, car cela pourrait tendre à figer les gens dans un état bas seuil, tant dans leur propre regard que dans celui des soignants.

35 L. DASSIEU, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 2013/3-4, Vol. 19, pp. 149-172.

Notons qu'aucun.e de mes autres interlocuteurs.trices ne m'a fait la remarque alors que j'ai utilisé l'expression « population bas seuil » à de nombreuses reprises. Il semble que l'expression se soit répandue au point de ne plus choquer. Cela pourrait être dû au fait qu'en pratique, de nombreuses personnes sont effectivement prises en charge indéfiniment dans les institutions bas seuil : le secteur bas seuil réoriente peu vers le réseau de soins classique (cf. Chapitre 2, Paragraphe 3).

§2 Le bas seuil : une caractéristique de la qualité des soins ?

Pour plusieurs personnes, l'expression « bas seuil » prête à confusion pour le public non averti. Elle pourrait en effet donner à penser non seulement que le seuil d'accès est bas, mais aussi que les soins sont de basse qualité. Cette possibilité de confusion a également été relevée dans la littérature : « *Mais abaisser les seuils d'exigence pour les entrants signifie-t-il pour autant les abaisser pour ceux qui tiennent la maison ?* »³⁶.

Pour les professionnels du bas seuil bruxellois, la réponse est claire : seul le seuil d'accès doit être bas. La qualité des soins, quant à elle, doit être la plus élevée possible : « *C'est assurer une accessibilité la plus maximale, avec une qualité en termes de prise en charge qui soit optimale. Le fait d'être bas seuil ne veut pas dire qu'on doit travailler avec un moins haut niveau d'exigence, au contraire* » (XI, l. 49-51).

Paragraphe 2 – Que recouvre l'expression bas seuil selon ceux qui y travaillent ?

Mes interlocuteurs.trices ont utilisé des points d'entrée différents pour répondre cette question. La multiplicité des approches m'a semblé être une richesse, c'est pourquoi j'ai tenu à la conserver dans ce travail. J'ai donc divisé cet paragraphe en plusieurs alinéas qui correspondent chacun à une forme de définition de bas seuil : un accueil gratuit, inconditionnel et anonyme (§1), un accueil de l'urgence (§2), une approche adaptée à chaque usager (§3), une approche caractérisée par l'horizontalité de la relation et de l'architecture (§4), une approche intimement liée à la réduction des risques (§5), et une approche relevant du travail social palliatif (§6). Ces définitions ne sont pas mutuellement pas contradictoires, mais procèdent de cadres d'analyse différents. Elles mettent chacune l'accent sur un autre aspect de la prise en charge.

§1 Le bas seuil : un accueil gratuit, inconditionnel et anonyme

Il s'agit de la définition la plus classique du bas seuil. Elle fait en effet directement référence à l'abaissement du seuil d'exigence à l'entrée. C'est souvent la première que les professionnel.le.s me

36 J.-Y. TREPOS, « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003/1, n°114, pp. 93-108.

donnent : « *La gratuité, ça c'est super important. L'anonymat aussi, en tous cas dans un premier temps (...). L'inconditionnalité aussi, la personne vient comme elle est, pas de conditions d'accès ni au niveau administratif, ni au niveau hygiène, ni au niveau formation. C'est vraiment la porte ouverte à tout le monde sans condition. Gratuit, inconditionnel et anonyme pour que l'utilisateur puisse vraiment se sentir en confiance et revenir sereinement, vraiment faire un travail sur le long terme.* » (II, l. 82-88). Dans les trois sous-alinéas suivants, j'examine comment les professionnel.le.s comprennent ces notions de gratuité (A), d'anonymat (B) et d'inconditionnalité (C).

A) Un accueil gratuit

La gratuité est la manière la plus évidente d'abaisser le seuil d'accès d'une institution. Il s'agit en effet de ne pas exclure ceux pour qui le prix peut constituer un obstacle. Toutes les institutions tombent d'accord sur ce point : il ne faut pas que l'argent soit un frein : « *Je pense qu'avec ces publics-là, un euro est quelque chose qui peut les refroidir à consulter. Donc, c'est important qu'on ne le demande pas, je pense. Fin quand il y a des patients qui nous disent 'je vais devoir faire la manche pour pouvoir acheter ma méthadone', voilà, un euro ça joue* » (IV, l. 27-29). Cependant, la notion de gratuité n'est pas comprise de la même manière dans toutes les institutions :

Dans certaines institutions, la gratuité semble faire l'objet de peu de réflexion au-delà du fait qu'elle doit être totale. Les professionnels se contentent d'y voir une façon d'abaisser le seuil d'accès, et semblent du reste avoir peu à en dire : « *Tout est gratuit* » (VI, l. 275).

Mais dans d'autres institutions, il paraît important de permettre aux usager.e.s qui le souhaitent de rendre quelque chose à l'institution : « *Rien n'est gratuit dans le monde. Tu connais je suppose Marcel Mauss 'Donner, rendre et recevoir'. Toutes les critiques que je fais par rapport à l'aide sociale c'est qu'on l'a fort professionnalisée, et le patient on l'empêche de rendre parce qu'il ne peut pas apporter de cadeau. Donc on le met dans une position de dépendance par rapport au travailleur. Mais si tu empêches l'autre de rendre, tu le disqualifies finalement. Tu lui dis qu'il est pas capable de rentrer dans une relation puisque les relations sont basées sur le don* » (I, l. 58-63). Ces institutions ont trouvé plusieurs manières d'offrir aux usager.e.s la possibilité de rendre à l'institution, tout en maintenant le principe de la gratuité :

Ainsi, une institution offre aux usager.e.s la possibilité de payer chaque semaine une somme modique qui est considérée comme la contrepartie des soins. Les soins ne sont donc pas tout à fait présentés comme gratuits, puisqu'en théorie l'utilisateur les paye. Cependant, la somme n'est pas exigée et tout le monde ne la paye pas. Notons que ce sont parfois les usager.e.s les plus dépourvus qui font le choix de payer.

Une autre institution adopte une approche plus créative en lien avec son passé de collectif d'usager.e.s. C'est en effet la participation des usager.e.s aux projets de l'institution qui est considérée comme leur façon de rendre : « *Alors au Centre Psycho-Médico-Social Alpha c'est une manière de permettre à l'usager de rendre, et je soutiens ça. Mais nous nous pensons qu'ici, la participation de l'usager à nos projets, c'est leur manière à eux de contribuer. Tu vois, donc on est dans la même logique mais avec un autre bien qui est à la base de l'échange* » (I, l. 63-69).

En conclusion, toutes les institutions tombent d'accord sur l'importance de la gratuité, mais toutes ne la comprennent pas de la même façon.

Notons que j'ai rencontré une seule travailleuse qui, en opposition avec la ligne de l'institution où elle travaille, considère que la gratuité n'est pas une bonne chose. Cette position est tout à fait contradictoire avec ce que j'ai entendu lors de mes autres entretiens, il faut donc probablement considérer qu'elle est extrêmement minoritaire : « *Moi personnellement, je suis pour demander ça (une modique contrepartie financière) aux patients. Je suis pour de manière à les sensibiliser au fait que quand même toute n'est pas gratuit, que il faut parfois ne fût-ce que faire un tout petit effort. Parce que le problème est que quand chez nous tout est gratuit, qu'ils peuvent arriver n'importe quand, boire 15 cafés, mais quand ils vont aller au CPAS ça va pas être comme ça, quand ils vont aller dans n'importe quelle structure d'hébergement, ça ne va pas être comme ça, ils vont devoir payer. Et donc c'est important de leur demander. Parce qu'en plus de ça il y a chez un certain nombre de nos patients, un côté, victime bien développé, et tout nous est dû : on est des malades, on est irresponsables, etc. Et donc le fait de demander cette contribution c'est quand même rappeler qu'il y a des gens qui travaillent, que ça coûte de l'argent, euh voilà. Et bon, ça me paraît important. Ça me paraît important, maintenant si les gens ne savent pas ou ne veulent pas payer, on ne va pas en faire un question de principe parce que c'est bas seuil machin bazar, mais bon, dans la société c'est quand même rare qu'on ait quelque chose pour rien. Ici, c'est un peu un îlot où on a droit à tout sans rien payer. Donc voilà.* » (VI, l. 273-285).

B) Un accueil anonyme

Si on demande généralement un nom à l'usager.e lorsqu'il se présente, rien ne l'oblige à donner son vrai nom. Cette démarche facilite l'accès de personnes qui ne sont pas en ordre administratif ou de séjour : « *Par rapport aux missions que l'institution a, c'est d'offrir à toutes les personnes qui en ont besoin des services pour lesquels l'institution a été créée. Et donc ça implique que la personne ne doit pas forcément donner son identité ou sa vraie identité. Ça implique que la personne ne doit pas avoir des papiers, ne doit pas forcément avoir une assurabilité. Et donc en ça, c'est offrir la*

possibilité à des personnes qui sont très désinsérées d'avoir accès à des services de soins primaires, de soins sanitaires, et de pouvoir les accompagner et améliorer leur condition de santé en général au sens large » (X, l. 124-131).

C) Un accueil inconditionnel

C'est l'essence du bas seuil d'accueillir tout usager.e qui en fait la demande, quels que soient son statut administratif, son état d'intoxication, son casier judiciaire, etc. La procédure d'admission est simplifiée à l'extrême afin de permettre à tout le monde d'être reçu : *« C'est un bas seuil d'accès quoi, c'est une notion de seuil, c'est une notion de filtre. Ça veut dire qu'on laisse passer l'ensemble des demandes. Il y a des institutions qui rehaussent le seuil, qui font des candidatures, des journées d'essai, qui exigent des prérequis quoi. Nous on travaille sans prérequis, si ce n'est un minimum de convivialité et de respect mutuel quand les gens arrivent ici. On a donc un public qui est du coup très diversifié, qui peut être très actif dans ses consommations, qui parle pas toujours le Français, qui a pas toujours un statut de séjour légal, qui est parfois en transit sur le territoire » (IV, l. 16-22).*

On perçoit immédiatement que l'idée d'accueil inconditionnel est susceptible de poser beaucoup de questions. Jusqu'où faut-il accueillir les usager.e.s qui ne respectent pas les règles de l'institution ? N'est-il pas bénéfique pour les usager.e qu'on leur impose un minimum de cadre à respecter ? Que faire face à des usager.e.s présentant des difficultés que l'institution ne se sent pas compétente pour prendre en charge ? Les réponses apportées à ces questions varient de façon relativement importante d'une institution à l'autre. En outre, au sein des mêmes institutions, des différences apparaissent entre les travailleurs individuels.

La manière dont l'inconditionnalité se dessine au sein d'une institution dépend de plusieurs facteurs. Tout d'abord, cela dépend du type de soins qu'offre l'institution. Ainsi, une institution qui offre un hébergement aura bien plus de mal à gérer des usager.e.s qui ne respectent pas le règlement d'ordre intérieur qu'une institution qui n'offre qu'un accueil ambulatoire. De même, une institution où on prescrit de la méthadone devra mettre en place un minimum de règles visant à éviter les abus, alors qu'une institution non-médicalisée n'aura pas cette contrainte : *« Ceci étant dit, une fois que tu donnes du traitement comme au Centre Psycho-Médico-Social Alpha, même si c'est très, très bas seuil d'accès, il y a quand même des règles qui doivent être mises en oeuvre là-bas qu'on ne doit pas mettre en oeuvre ici, ne fût-ce que par rapport au traitement. Ici, comme c'est inconditionnel, il peut venir se taper dans le fauteuil, y a pas de souci. A partir du moment où il y aurait de la méthadone, on peut imaginer qu'il mette en place toute une série de stratégies pour arriver à la*

méthadone, et ça c'est compliqué. » (I, l. 77-82). Ensuite, cela dépend de l'objet social de l'institution. Certaines institutions ont été mises en place pour accueillir un public cible large (tous les usager.e.s de drogues), alors que d'autres ont été mises en place pour accueillir un public spécifique (les femmes enceintes, les patients atteints par l'hépatite C, etc.). Les institutions du second type doivent se situer face aux demandes émanant de personnes qui n'entrent pas dans leur public cible. Enfin, cela dépend d'une série de facteurs intangibles comme l'histoire de l'institution, l'opinion des travailleurs, etc.

Je propose d'étudier plus en détail la façon dont les institutions répondent à ces questions en suivant la structure suivante : je montrerai d'abord comment se situent les institutions face aux différentes catégories de gens qui n'entrent pas dans leur public cible, et je montrerai ensuite comment elles se situent face aux gens dont il se révèle en cours de prise en charge qu'ils ne respectent pas les règles de l'institution.

Comment se situent les institutions face aux gens qui ne font pas partie du public cible ?

Je structure cette partie en distinguant plusieurs catégories de gens qui n'entrent pas dans le public cible des institutions : les mineur.e.s, les gens qui n'ont pas de réel problème de consommation, les gens qui ne correspondent pas au public cible de l'institution, et les patient.e.s psychiatriques.

Les mineur.e.s

L'ensemble des institutions tombe d'accord sur le fait que les mineur.e.s ne font pas partie de leur public et doivent être réorientés : « *On n'accueille pas tout, tout le monde non plus. On n'accepte pas les mineurs* » (XII, l. 69-70).

Les gens qui n'ont pas de réel problème de consommation

Les gens qui n'ont pas de réel problème de consommation de drogue sont généralement réorientés à l'entrée : « *Parce qu'il faut quand même savoir que le Centre Familial accompagne la grosse consommation, dans le sens où une personne qui serait juste consommatrice de cannabis par exemple, à partir du moment où c'est une petite consommation et qu'elle entrave pas le lien parent-enfant ou la vie quotidienne de la personne, c'est des suivis qu'on prenait pas. Ou juste alcool tout seul pareil. C'était vraiment soit la comorbidité donc plusieurs consommations, ou alors comme ici, la grosse consommation : héroïne, cocaïne et produits chimiques quoi.* » (V, l. 41-48)

Par contre, la réorientation des gens qui ont cessé de consommer au cours de leur prise en charge ne semble pas se faire (cf. Section x) : « *Mais un patient qui est chez nous depuis des années, on ne le réoriente pas, ça ne marche pas* » (IX, l. 70-71).

Les gens qui ne correspondent pas au public cible de l'institution.

Certaines institutions ont un public cible plus spécifique que simplement les usager.e.s de drogues marginalisés. Ainsi, le Centre Familial s'adresse aux usager.e.s parents, le Centre Hépatite C aux usager.e.s atteints de l'hépatite C, etc. Les usager.e.s qui s'y présentent sans entrer dans le public cible sont généralement réorientés à l'entrée. Ainsi, le Centre Familial n'entamerait pas le suivi de quelqu'un qui n'est pas parent : « *Parce qu'en fait, ce qui est particulier, c'est que nous on accueille des patients toxicomanes mais parents* » (V, l. 32-33).

Par contre, la réorientation de gens qui ont un jour correspondu au public cible mais n'y correspondent plus aujourd'hui ne semble pas toujours se faire (cf. Chapitre 2, Paragraphe 2). Ainsi, le Centre Familial continue à suivre des patientes dont l'accouchement remonte à des années et qui n'ont plus la garde de leur enfant : « *La plupart des patientes continuent à être suivies. Ce qui est d'autant plus étonnant, je dirais, il y a énormément de patients, de plus anciens patients, on leur a retiré leur enfant il y a des années, et 15 ans après ils continuent à venir là* » (V, l. 85-88).

Les patient.e.s psychiatriques

Bien que les patient.e.s psychiatriques ne soient officiellement exclus d'aucune institution, on remarque que la question de leur acceptation refait régulièrement surface. On se demande périodiquement s'il ne vaut pas mieux les réorienter vers des institutions spécialisées.

Au Centre Psycho-Médico-Social Alpha, la question est réapparue de manière aiguë à l'occasion du départ à la retraite du psychiatre. L'institution a mis plus d'un an à en trouver un nouveau. Dans l'intervalle, certain.e.s professionnel.le.s ne se sentaient pas capables de prendre en charge les patient.e.s psychiatriques. Ces professionnel.le.s avaient le sentiment que seul un psychiatre pouvait diriger la prise en charge d'un.e patient.e psychiatrique. D'autres considèrent au contraire qu'il est révoltant de vouloir exclure ces patient.e.s, et que tous les travailleurs sont outillés pour les prendre en charge. Ainsi, une des médecins généralistes me déclare: « *Alors cette histoire de patients psychiatriques, on ne va pas les réorienter, c'est ici leur institution. (...) On prend des patients psychiatriques, ça fait partie de nos missions et les patients que le psychiatre voyait, bah ils ne sont pas nécessairement plus atteints que certains patients que les généralistes voient depuis le départ. Ca nous embête de ne pas avoir de psychiatre parce qu'on ne peut pas demander un avis 'Tiens celui-là, ça ne fonctionne pas sont traitement, je lui donne tel neuroleptique mais ça va pas, t'as pas une idée ?'. Donc ça nous manque de pas avoir de psychiatre, de ne pas pouvoir les envoyer aussi pour un rapport médical psychiatrique, ou pour un avis psychiatrique. Mais les généralistes suivent les patients psychiatriques, on est supposés être outillés pour le faire* » (IX, l. 51-63).

Au Centre d'Hébergement de Crise, une institution d'hébergement, on semble d'accord sur le fait qu'il n'est pas possible d'accueillir les patient.e.s présentant une pathologie psychiatrique trop lourde : « *Et puis après voilà, tout ce qui est aussi avec un pathologie psychologique trop, trop lourde, là on est pas habilités. Je veux dire on a un psychologue, mais après on est pas habilités à avoir des personnes avec une grosse, grosse pathologie. Alors là, on dirige vers d'autres personnes* » (XII, 70-73). De nouveau, les patient.e.s psychiatriques sont perçus comme devant être pris en charge par un professionnel spécialisé, le psychologue. Le manque de personnel spécialisé est présenté comme la raison de l'incapacité de l'équipe à accueillir ces patient.e.s.

Comment se situer face aux usager.e.s qui ne respectent pas les règles ?

De grandes divergences apparaissent entre institutions et au sein des institutions quant à la façon de réagir à des usager.e.s qui ne respectent pas les règles. Je propose d'étudier trois types de comportement qui suscitent du débat parmi les travailleurs. Je m'intéresserai premièrement aux comportements violents, insultants ou irrespectueux. C'est le type de comportement qui amène le plus souvent à l'exclusion temporaire ou permanente d'un usager.e. J'aborderai ensuite la question de la consommation dans l'enceinte de l'institution. Ce type de comportement amène également parfois à l'exclusion de l'usager.e. Enfin, j'aborderai la question du non-respect répété des horaires de rendez-vous. Ce type de comportement semble extrêmement irritant et fatigant pour certains travailleurs, et suscite énormément de débats au sein des institutions. Certains souhaitent qu'il amène à des sanctions alors que d'autres s'y opposent.

Les comportements violents, insultants ou irrespectueux

Travailler avec des usager.e.s de drogue très marginalisé.e.s et souvent intoxiqué.e.s expose à une violence verbale et parfois physique certaine. Les professionnel.le.s du bas seuil doivent donc décider jusqu'où ils sont prêts à tolérer cette violence.

Il y a unanimité sur un point : la violence physique à l'encontre des travailleurs doit amener l'exclusion temporaire ou définitive de l'usager.e qui l'a commise. Ces comportements sont considérés par tous comme totalement inacceptables : « *On exclut les patients euh, quand ils ont fait un truc qui est vraiment pas acceptable ici : (...) ou quelqu'un qui a eu un acte de violence vis-à-vis d'un travailleur, c'est parfois difficile qu'il continue à faire son boulot sereinement alors que quelqu'un qui lui a mis un couteau sur la gorge fréquente l'institution. Ça ce sont des motifs d'exclusion* » (IX, l. 7-11).

Si la question de la gestion de la violence physique fait peu débat, celle de la gestion de la violence verbale est par contre très compliquée. Est-ce que faire du bas seuil implique de tolérer de se faire

insulter?

On trouve dans la littérature des exemples d'institutions qui affirment sans ambiguïté que leur.e.s employé.e.s sont priés de tolérer tout sauf la violence physique. Ainsi, à l'Accueil Carteret, une structure bas seuil française qui accueille une trentaine de SDF, seule la violence physique peut mener à l'exclusion d'un usager.e. La violence verbale quant à elle, fait partie du quotidien normal des travailleurs. Le chef de service déclare en ce sens : « *Si un travailleur social ne supporte pas d'entendre des insultes, il ne peut pas travailler ici* »³⁷.

Parmi mes interlocuteurs bruxellois, certains considèrent également, quoiqu'avec plus de nuance, que faire du bas seuil consiste à accepter une certaine violence verbale. Ces travailleurs sont sensibles au fait que la violence est parfois le seul mode d'expression auquel les usager.e.s sont encore capables d'avoir recours : « *(Faire du bas seuil, c'est) d'être ouvert à une forme d'acceptation de la manière dont les personnes font état de leurs difficultés. On essaye d'être ouverts à des gens qui cumulent des problèmes de santé mentale, de consommation, d'errance, qui sont parfois dans des comportements difficilement gérables. D'essayer de fermer la porte le moins possible. De malheureusement parfois subir aussi les affres de certains comportements, à ne pas banaliser, mais c'est pas toujours pour ça qu'il faut fermer une porte. Donc pour moi le bas seuil c'est aussi avoir la volonté de travailler avec ceux qui en ont le plus besoin, d'y perdre des plumes parfois.* » (XI, l. 51-57).

D'autres au contraire sont épuisés par la violence répétée à leur égard et s'insurgent contre l'idée que la violence verbale puisse faire l'objet d'une certaine tolérance. Ils trouvent que l'institution ne les protège pas assez et devrait imposer des règles plus strictes à ce sujet : « *Parce que bon, réduction des risques pour les patients, mais il y a aussi la réduction des risques pour les intervenants. Donc ce n'est pas toujours évident. Par exemple, une des limites pour moi est qu'on ne peut pas insulter le personnel. Ici, ça se passe très, très régulièrement, sans que ça ne remonte jamais en réunion d'équipe. Pour moi, ça n'est pas acceptable. C'est vrai que ça met du temps. C'est vrai que ça prend du temps de dire à quelqu'un qui a insulté l'écoute, on va discuter dans un bureau, qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi tu fais ça ? Tu ne peux pas faire ça'. Pour moi ça ne fait pas partie du bas seuil que de se faire insulter tous les jours ou d'entendre ses collègues se faire insulter tous les jours* » (VI, l. 315-323).

Les institutions quant à elles adoptent généralement une position intermédiaire :

37 L. BURLET, « Le bas seuil : une solution pour sortir les SDF de la rue ? », *Lien social*, 5 janvier 2012, disponible en ligne : <https://www.lien-social.com/Le-bas-seuil-d-exigence-une-solution-pour-sortir-les-SDF-de-la-rue> (consulté le 30 novembre 2018).

Dans un premier temps, la violence verbale est jusqu'à un certain point tolérée et interrogée par les travailleurs. Ensuite, si la violence verbale s'approche d'un point limite, on tente de se reposer sur le travail en réseau pour éviter d'arriver à une situation ingérable. C'est-à-dire qu'on tente de réorienter l'usager.e vers une institution similaire avec laquelle on espère qu'il.elle pourra développer une relation plus apaisée : *« Ca peut être un patient avec lequel on a l'impression de tourner en rond. On a l'impression qu'il épuise l'équipe. Que à lui-même ça ne lui apporte plus grand chose. Qu'il est tout le temps dans la provocation, flirte avec les limites, avec les comportements qui sont acceptables, qui sont pas acceptables. Et parfois on se dit : 'Mais on va l'envoyer dans une autre institution où il pourra peut-être redonner une autre image de lui-même'. Le patient quand il arrive ici, on se dit 'non merde, pas lui, c'est pas possible', et en allant autre part, bah il va repartir à zéro, bah peut-être ça va mieux se passer. Et souvent ça se passe mieux »* (IX, l. 12-18).

Enfin, dans certains cas, on ne peut pas faire autrement que d'exclure l'usager.e qui adopte répétitivement les comportements insultants ou irrespectueux. Dans certaines institutions, on trouve très important de préciser que les usager.es ne sont jamais exclus à vie : *« On exclut. Ca arrive mais c'est très rare. C'est plutôt pour un non-respect des travailleurs, un non-respect des usager.es. C'est plus quelqu'un qui serait très jugeant par rapport à quelqu'un qui prendrait du matériel. Ou alors un usager.e qui va insulter un travailleur, bon voilà, une fois deux fois, ça peut aller, la troisième fois on va peut-être en parler en réunion d'équipe, on va peut-être prendre une décision. Mais si on exclut, c'est jamais définitif. Donc il y a toujours une durée parce qu'on estime que c'est plus ou moins grave, et donc il y a plus ou moins un temps de réflexion à chacun de son côté et il y aura toujours un retour, on a jamais exclu personne à vie. Je réfléchis hein, que je dise pas de bêtise, mais non, on a jamais exclu quelqu'un à vie du service. »* (II, l. 97-104). Dans d'autres, on considère qu'il est parfois nécessaire d'exclure un.e usager.e à vie : *« Oui, des fois quand ça se passe pas bien avec un patient, voilà, si ça a débordé on va dire, et que la personne arrive malheureusement pas à gérer notre cadre, tout simplement. Parce qu'il y a trop de frustration, qu'elle arrive pas à s'adapter tout simplement, malheureusement, il arrive un moment où ça déborde. Que ce soit un problème avec une autre personne, qu'il y ait un manque de respect etc. A un moment donné, on ne peut plus tout simplement travailler avec la personne, donc voilà faut couper le lien, et malheureusement la personne ne peut plus revenir dans le centre. »* (XII, l. 75-80)

La consommation de drogue dans l'enceinte de l'institution

Les institutions bas seuil sont confrontées de manière récurrente au problème de la consommation de drogues dans les toilettes de l'institution. Il est généralement admis qu'*a priori*, c'est un problème car *« c'est illégal »*. Officiellement, toutes les institutions ont donc pour position que ce

comportement n'est pas toléré. Dans la pratique, les choses sont plus subtiles.

Dans certaines institutions comme le Centre d'Hébergement de Crise, il semble y avoir accord entre les travailleurs.euses sur le fait que la consommation au sein de l'institution amène l'exclusion immédiate de l'usager.e. Si les travailleurs regrettent qu'on doive parfois en arriver là, ils ne semblent pas remettre le principe en question. Soulignons que c'est bien la consommation de stupéfiants *au sein de l'institution* qui pose problème, car celle-ci est perçue comme illégale ou contraire au règlement d'ordre intérieur. Par contre, il n'est pas problématique qu'un.e usager.e sorte quelques heures durant son séjour afin d'aller consommer, les travailleurs.euses ne se sentant pas concernés par la légalité de ce que font les usager.e.s en dehors des murs de l'institution. On a donc bien affaire à une préoccupation d'ordre intérieur et non à une condamnation morale de la consommation de stupéfiants : « *En général, si on tombe sur la personne, elle a signé le règlement d'ordre intérieur, elle a signé la chose, donc elle est au courant qu'il y a rien qui rentre. Donc en général, c'est une fin d'hébergement simplement. Donc voilà, il y a pas plus d'exclusion que ça. C'est juste que la personne reprend ses affaires, c'est une fin d'hébergement. Le lendemain elle peut refaire une demande d'hébergement mais voilà. Et puis la prochaine fois bon, on lui réexplique le règlement d'ordre intérieur. (...) Après non, il n'y a pas de débat. C'est dommage pour la personne parce qu'elle était vraiment en crise. On se dit plus 'allez merde, c'est con quoi, pourquoi il a dû faire ça, alors que justement on autorise les sorties ?'. Donc je veux dire, ce qui se passe à l'extérieur, ils n'y a pas de problème. J'arrive le matin, je suis référente d'une personne qui me dit que ça va pas, qu'elle est en manque, qu'elle a besoin de consommer, bah voilà, du moment qu'on la joue franco, il n'y a pas de problème, ils peuvent sortir. Ce qui est à l'extérieur, on est pas du tout dans le jugement, jamais. Autant qu'ils le disent qu'essayer de faire ça en cachette et qu'on les chope. C'est une fin d'hébergement, c'est dommage pour eux.* » (XII, 1. 39-62).

D'autres institutions comme le Comptoir d'Echange se situent à l'extrême inverse. L'institution ne semble pas avoir de politique unique, chaque travailleur.euse adoptant l'approche qui lui semble la meilleure. Cette situation ne semble pas générer de conflits. La plupart semblent être d'avis qu'il vaut mieux fermer les yeux sur la consommation dans l'institution. Ils sont sensibles au fait que l'usager.e consomme probablement dans des meilleures conditions sanitaires à l'intérieur de l'institution qu'à l'extérieur. Cependant, aucun.e travailleur.euse n'irait jusqu'à adopter ouvertement la position selon laquelle il est autorisé de s'injecter dans les toilettes. Leur institution n'est pas une salle de consommation, et cela semble rester important : « *Alors encore une fois, c'est assez propre à chaque travailleur. Moi ma position, c'est bah parfois on s'en doute parce que la personne reste un peu trop longtemps aux toilettes donc on s'en doute, ou on entend des bruits un peu bizarres*

donc on s'en doute. Moi je fais, 'rien entendu rien vu', parce que finalement qu'est-ce qui est mieux ? Qu'ils s'injectent ici chez nous dans les toilettes, ou dans un parking dans le noir, seuls, et si il y a un problème, personne pour agir ? Mais de ne pas non plus avoir la posture d'aller dans les salles d'accueil et de dire aux usager.es : 'faites ce que vous voulez, je ne dirai rien '. C'est vraiment si ça se passe, je ne dirai rien devant les autres usager.es et collègues. Mais par contre je le rapporterai à la réunion d'équipe en disant : ' Ca arrive régulièrement. Qu'est-ce qu'on fait, et qu'est-ce qu'on ne fait pas ? Est-ce qu'on laisse la liberté à chacun ou est-ce qu'on met un cadre plutôt institutionnel, une politique à suivre, ou pas ?'. » (II, l. 39-48).

A d'autres endroits, la position institutionnelle est en pleine évolution. La question de la consommation dans les toilettes est répétitivement abordée en réunion et génère des tensions entre les travailleurs.euses, chaque partie adoptant des positions très tranchées. Certain.e.s souhaitent activement empêcher la consommation dans les toilettes : « *Hier encore des collègues voulaient mettre des lumières bleues dans les toilettes pour éviter l'injection et la repérer tout de suite* » (VII, 170-172). D'autres au contraire, affirment ouvertement préférer que les patients consomment là-bas que dehors : « *D'autres collègues disent 'non mais moi je préfère qu'ils se shootent dans les toilettes que dehors, c'est moins risqué'* » (VII, l. 172-173). Pour les opposant.e.s à cette consommation, le bas seuil implique de garder un certain cadre avec lequel la consommation est incompatible : « *Consommation dans les toilettes, tant qu'on n'est pas une salle de shooting, je pense que ça ne va pas, il faut respecter le cadre dans lequel on est. Des choses comme ça, il y a quand même des choses à baliser* » (VI, l. 324-326). Les partisan.e.s de la tolérance, quant à eux.elles, sont sensibles à la situation d'usager.e.s individuel.le.s. Les dangers représentés par la consommation à l'extérieur pour certain.e.s usager.e.s semblent tels qu'ils justifient de fermer les yeux sur l'illégalité du comportement : « *On a par exemple une patiente, c'est une patiente qui est en danger de mort par la vie qu'elle mène comme femme seule en rue, qui prend des risques énormes, qui je pense n'a plus vraiment envie de vivre. Ici elle vient se poser la journée, le soir elle va au comptoir d'échange, entre 23 heures et 10 heures du matin, elle tourne en rond dans la ville, elle peut pas dormir parce qu'elle est en danger. Une femme toute seule en rue, fin voilà, je pense qu'elle s'est déjà faite violer plus d'une fois. Il faut qu'elle puisse rester ici toute la journée, même quand l'accueil était fermé par manque de personnel j'ai demandé à ce que cette femme puisse rester ici, et il est pas question de la virer, pour moi il est pas question de la virer si elle consomme dans les toilettes. Où est-ce que tu veux qu'elle aille consommer, en plus ? Mais euh, ça ça risque d'être chaud. Mais pour moi c'est criminel de ne pas l'accepter. Elle est à l'abri ici. Donc même si il lui arrive quelque chose par rapport à ses consos... Maintenant c'est vrai, c'est illégal, on n'a pas le*

droit. Mais on pourrait fermer les yeux » (IX, l. 130-141). Un mouvement semble se dessiner vers plus de tolérance : « Après, ça change, vraiment on sent un changement au sein du Centre Psycho-Médico-Social Alpha, on peut le constater rien que par les décisions qu'on prend par rapport à un patient qui consommé dans l'institution. Avant, c'était l'exclusion direct, on réfléchissait pas. Maintenant on réfléchit, on dit 'tiens, qu'est-ce qui se joue ?'. Donc on écarte de salle d'accueil pendant un mois, trois mois, mais on discute, on questionne le comportement. Avant, c'était une rupture de soins » (VII, l. 177-181).

Le non-respect répété des horaires de rendez-vous

Les institutions bas seuil voient de nombreux usager.e.s manquer leurs rendez-vous. Ces mêmes usager.e.s arrivent parfois en urgence quelques jours plus tard, alors qu'il.elles n'ont pas de rendez-vous, afin de demander de l'aide. Par exemple, il peut arriver qu'un.e usager.e manque systématiquement ses rendez-vous chez le médecin, et puis débarque alors qu'il n'a pas de rendez-vous afin de demander en urgence le renouvellement d'une prescription de méthadone dont il.elle a besoin. Chez certain.e.s usager.e.s ces comportements sont occasionnels, alors que d'autres usager.e.s n'arrivent simplement jamais au moment où ils ont rendez-vous.

Les institutions s'adaptent à ces situations de diverses façons. Certaines prévoient chaque jour une « plage d'urgence ». Il s'agit d'un intervalle de temps pendant lequel les usager.e.s peuvent venir sans rendez-vous si la situation est urgente. D'autres n'ont pas de plage d'urgence formelle mais tentent d'accueillir les usager.e.s quel que soit le moment où ils se présentent. D'autres encore appellent au téléphone les usager.e.s qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous. Ces adaptations sont souvent assez lourdes pour les travailleurs. Par exemple, cela représente une difficulté importante pour les médecins de renouveler correctement les prescriptions d'une masse importante de gens qui se présentent sans rendez-vous et peu de temps avant la fermeture. Jusqu'où l'institution doit-elle accueillir des gens qui se présentent en dehors du cadre horaire ?

Les travailleurs ont souvent sur le sujet des opinions très fortes. Quelle que soit leur position, ils mobilisent toujours la notion de « bas seuil » pour la défendre. Selon les uns, le bas seuil ne doit pas rimer avec absence de cadre, alors que selon les autres, ce ne serait pas bas seuil de refuser d'accueillir quelqu'un qui se présente au mauvais moment.

Ainsi, une tenante de la première position m'explique qu'il est important de cadrer les usager.es, et qu'à son sens les institutions bas seuil ne le font pas assez : « Alors pour moi c'est le bas seuil d'accès, pour dire donner un accès rapide aux soins. Maintenant, ça ne veut pas dire qu'on fait tout tout de suite. Donc c'est sans doute une divergence que j'ai avec d'autres membres de l'équipe. Moi

je pense que bas seuil ne rime pas nécessairement avec une règle ou limite... (...) Mais maintenant, il ne faut pas que (...) le patient il arrive à l'heure qu'il veut et c'est comme il veut, quand il veut, fin je crois que c'est pas structurant, que ça n'aide pas nos patients et que ça n'est pas le synonyme de bas seuil » (VI, l. 288-297). Cette travailleuse considère que l'absence de limites fait du mal aux usager.e.s : « Ca ne fait pas du bien au patient de tout laisser aller, parce que c'est ce qu'ils ont connu en général quand ils étaient gosses. On a tout laissé faire, il n'y avait pas de limite, c'était angoissant, et puis euh, il y avait des carences parentales totales (...) » (VI, l. 329-331).

L'idée que les patients psychiatriques nécessitent une prise en charge différente et n'ont pas réellement leur place dans le bas seuil fait ici retour de façon intéressante. Mon interlocutrice juge en effet qu'ils sont encore plus susceptibles que les autres de souffrir du manque de cadre, notamment horaire, des institutions bas seuil. Elle pense donc que la prise en charge est plus adaptée dans une institution au seuil plus élevé comme Babel : « (à propos de Babel) *Il ne faut pas oublier que c'est une structure qui a pour spécificité de travailler avec une population de psychotiques, que pour travailler avec une telle population, il faut pouvoir offrir un cadre de travail extrêmement stable qui permet de les rassurer, de les faire avancer. Et donc euh voilà, ils sont dans un, ils sont plus haut seuil, ils exigent des entretiens préliminaires, on n'est pas tout de suite en traitement. C'est plus haut seuil, c'est clair, mais je pense que pour un certain nombre de patients, notamment les patients psychotiques, ils sont plus adaptés que nous . (...) Donc le psychotique, c'est quand même quelqu'un qui est relativement éclaté dans son fonctionnement, et donc, et qui plus il a des angoisses, moins ça va, et plus il est éclaté. Et si tu ne contiens pas ça, que ce soit avec un lieu, avec des heures, avec des gens, bah c'est très difficile de contenir ça hein. Donc ça a tout son sens.* » (VI, l. 394-405).

D'autres travailleurs adoptent une approche plus nuancée. Selon eux, les usager.e.s sont *a priori* censé.e.s arriver à l'heure. Ils.elles doivent être 'recadré.e.s' s'ils.elles arrivent systématiquement sans rendez-vous. Cependant, on admet que certain.e.s usager.e.s n'ont pas la capacité de respecter les horaires et qu'il faut les accueillir quand même : « *Maintenant un patient qui arrive systématiquement en retard, il est quand même recadré. Certains sont exigeants aussi. Ils ratent le rdv mais veulent être vus tout de suite. Ca, c'est pas possible. Donc ils sont recadrés. Et il y a des gens, quand t'as pas dormi de la nuit, que t'es au Samu social, que t'as aucune notion du jour et de l'heure qu'il est, il y a quelques patients comme ça qui n'arriveront jamais à l'heure et au bon jour de leur rdv. Ca il faut aussi pouvoir travailler avec ce public-là. On sait bien que ça va être compliqué. Mais il y a des personnes pour lesquelles on insiste for sur les rdv.* » (IV, l. 70-76).

Enfin, de nombreux travailleurs considèrent que c'est l'essence du bas seuil que de travailler avec

des gens qui ne peuvent pas arriver au moment prévu. Ils jugent qu'il faut respecter la temporalité différente des usager.e.s : *« Mais je pense quand même que c'est des personnes pour la plupart qui sont dans une telle détresse que la demande est dans l'urgence. Et il faut pouvoir accueillir cette urgence sans vouloir forcément essayer de mettre un cadre trop fort, parce que c'est un cadre qu'ils ont partout ailleurs. Et que je pense qu'il faut quand même cette soupape, de se dire que par moment ils ne gèrent pas le temps ni l'espace. Ceux qui sont en rue sont complètement perdus par rapport à ça. Et donc je pense que c'est important qu'ils puissent avoir ça »* (V, l. 153-158). Certain.e.s considèrent même que le désir de cadrer les usager.e.s est fondamentalement contraire au bas seuil. Selon eux.elles, ceux.celles de leurs collègues qui tiennent à cadrer ou rééduquer les usager.e.s ne travaillent pas réellement dans une optique bas seuil : *« Euh, comme dans n'importe quelle équipe, il y a la majorité des gens qui fonctionne avec une optique bas seuil, et tu as aussi des gens qui travaillent dans le bas seuil et qui voudraient travailler dans quelque chose qui n'est pas bas seuil. Donc il y a des résistances au bas seuil. Je pense que ça existe dans toutes les institutions. Des personnes qui pensent que ça ne va pas de répondre immédiatement aux demandes du patient parce qu'il faut les cadrer, qu'il faut les habituer à aller...(...) qu'il faut leur donner les outils pour aller dans le monde réel etc. Alors ça peut être vrai pour certain patients, mais pour beaucoup de patients, bah si ils sont désinsérés, si ils n'ont pas accès aux soins généralistes, c'est justement parce qu'ils ne sont pas outillés pour ça. Alors on peut essayer de leur donner des outils, mais ça n'est pas notre but premier. Même si la rééducation fonctionnelle fait partie de nos missions, il faut les prendre là où ils sont, comme ils sont, et oui, essayer de les faire évoluer. Mais se dire 'celui-là si ils ne vient pas au rendez-vous, je ne le reçois plus parce qu'il doit apprendre, parce que si ils va au CPAS, si il va à l'hôpital, il devra être à l'heure au rendez-vous, donc il n'a qu'à être à l'heure au rendez-vous ici'. Mais si pour lui, le temps n'a pas de sens, au moment où il est maintenant, tu peux donner des messages, tu peux essayer d'explique le pourquoi et le comment, mais tu peux pas le forcer, et tu peux certainement pas ne pas lui donner son traitement parce qu'il n'est pas capable. »* (IX, l. 33-50).

§2 Le bas seuil : une approche centrée sur l'accueil de l'urgence

Certains décrivent spontanément le bas seuil au départ de la notion d'accueil de l'urgence ou de la crise : *« Je pense que vraiment les deux mots-clef, c'est vraiment travailler dans l'urgence, la rapidité de l'intervention, et travailler vraiment sur la crise-même au moment »* (XII, l. 110-112).

Voici les étapes les plus importantes de leur réflexion :

Ces professionnel.le.s conceptualisent la vie à la rue comme une succession de crises. Selon eux.elles, comme les usager.es traversent répétitivement ces crises, ils.elles vivent une dans une

sorte d'urgence permanente. Il s'agirait d'un vécu d'urgence que nous ne pouvons probablement pas percevoir. De manière générale, nous ne pouvons qu'avoir une intuition incertaine de la temporalité et du vécu d'urgence des usager.e.s : *« On vit pas ce que eux vivent. On peut pas percevoir l'urgence comme eux la perçoivent. Parce que déjà si on le vivait, je pense que serait pas forcément dans le même état, on ne vivrait peut-être pas sous le même pont, on ne vivrait peut-être pas les mêmes conditions, et donc je pense que c'est des choses qui se mesurent pas »* (V, l. 172-175). Bien que nous ne puissions appréhender que maladroitement le vécu d'urgence des usager.es, il faut considérer que ce vécu est légitime. Une institution bas seuil n'a pas pour mission de sortir les usager.es de ce mode de fonctionnement. Au contraire, elle doit le respecter et s'y adapter : *« Mais je pense qu'il y a des gens qui ont besoin de l'accueil d'urgence de manière générale (...) Nous c'est vraiment cette idée de mettre en place un dispositif pour soit des gens qui ont un problème de situation en Belgique, et ou qui ont un problème de 'structuration du temps' entre guillemets. Donc ils ont besoin d'un cadre flexible. De pouvoir ne pas arriver à l'heure à son rendez-vous et être pris en charge quand même. Qu'il y ait des outils en place. Que il y ait un besoin urgent qui apparaît dans la journée, et qu'ils puissent aller de déposer dans un lieu où il sera écouté »*. (VII, l. 281-286).

Pour décrire la réaction à apporter à ces situations de crise, ces professionnel.le.s développent le concept d'accueil. C'est l'accueil en lui-même qui constitue le coeur de leur mission, et il fait l'objet d'une réflexion abondante. Le point de départ de la réflexion est souvent que l'absence d'accueil d'une situation de crise constitue une violence intolérable : *« Je pense que la demande doit être accueillie. Je pense qu'on ne peut pas laisser quelqu'un dans une détresse telle sans réponse. Parce que je pense que ce truc de sans réponse est horrible. Je pense que de dire à un patient 'écoute, aujourd'hui c'est pas possible mais reviens demain', c'est pas toujours possible à faire en fonction de l'état de la personne et de sa réalité à lui. (...) à partir du moment où tu utilises le terme 'bas seuil' et l'accessibilité aux soins, tu peux pas refuser l'accès aux soins »*. On ne peut donc laisser cette situation sans réponse. Il est indispensable d'apporter au minimum une écoute et un espace où se poser : *« l'idée est de travailler avec les personnes les plus en crise, de leur permettre de se poser, de répondre aux besoins primaires »* (XI, l. 24-26). C'est ce premier accueil, consistant en l'écoute et la réponse aux besoins primaires, qui est considéré comme capital : *« Tout ce qui était le bas seuil, il y a une dimension d'accueil qui est primordiale. Il y a surtout une écoute, une aide et une attention »* (XII, l. 127-129). Bien sûr, lorsque la personne est stabilisée, les institutions bas seuil tentent de trouver une réelle solution à long terme à la problématique qui avait créé la crise : *« Et au bout de deux, trois jours, une fois que les personnes vont un peu mieux, on voit un peu en*

*fonction des projets ce qu'on peut essayer de faire en les accompagnant » (XII, l. 26-27). Mais le processus de résolution des problèmes de fond n'est pas central dans le discours. Il n'est pas perçu comme un constituant fondamental du bas seuil. En outre, la confrontation à des situations où on ne peut rien faire pour résoudre les problèmes de fond n'est pas décrite comme intolérable. Bien au contraire, on peut tout à fait travailler avec des gens dont il est impossible de résoudre les problèmes, ou qui ne le souhaitent pas : « *Donc travailler sans projet en soi ce n'est pas un problème, ce n'est pas réducteur* » (XI, l. 67-68). Il n'y a alors rien d'autre à faire que d'accueillir la crise en offrant à la personne une écoute bienveillante. Cela est suffisant. Accepter de ne pouvoir rien offrir de plus à la personne que l'accueil de l'urgence, c'est cela le bas seuil.*

Cette conception du bas seuil a une influence sur la façon dont les professionnel.le.s conçoivent leur travail individuel d'accompagnement des usager.es, mais aussi sur leur façon de concevoir le travail en institution. En effet, avoir la volonté de respecter l'urgence avec laquelle arrivent les usager.es implique aussi d'être prêt à développer des modes de travail institutionnels créatifs qui permettent de gérer le flux. Pour ces professionnels, cela fait partie intégrante du bas seuil : « *On est absorbé par un flux permanent, il y a une cadence infernale. Plutôt que de se battre contre ce flux, il y a une formule qu'on affectionne, c'est d'essayer de surfer sur ce flux. Ça veut pas dire qu'on va réussir, mais au moins on va pas se laisser bouffer par le flux. On va trouver un équilibre très instable. Ça tient, je peux pas te dire comment. Des structures bas seuil comme ça, on est passé maîtres dans l'art du bricolage* » (XI, 64-69).

§3 Le bas seuil : une approche adaptée à chaque usager

Une autre approche consiste à décrire le bas seuil avant tout comme l'adaptation de la prise en charge à chaque individu. Les tenants de cette approche préfèrent parfois à l'expression « bas seuil » l'expression « seuil adapté » qui leur semble mieux traduire leur démarche : « *Ici moi j'aime assez bien cette définition du seuil adapté. C'est l'idée de s'adapter à la personne quelle que soit sa situation et de lui offrir l'accueil et de répondre dans la mesure du possible* » (X, l. 121-123). On peut identifier trois grandes domaines dans lesquels cette volonté d'adaptation se déploie : le cadre de travail, les objectifs de travail, et la notion de soin.

En ce qui concerne le cadre, il s'agit de l'adapter aux usager.e.s³⁸ plutôt que de tenter de forcer les usager.e.s à s'adapter au cadre. Par exemple, on ne tente pas d'éduquer les usager.e.s à arriver à l'heure en les sanctionnant lorsqu'ils ne le font pas. Au contraire, on tente de s'adapter à leur incapacité à arriver à l'heure en mettant en place des mesures permettant de garder le contact quand

38 L. BURLET, « La place : un autre centre d'hébergement atypique », *Lien social*, 5 janvier 2012, no1044, disponible en ligne : <https://www.lien-social.com/La-Place-un-autre-centre-d-hebergement-atypique> (consulté le 1 août 2018).

même. Cette démarche est perçue comme particulièrement bas seuil : *« le Centre Familial, c'est beaucoup, beaucoup plus bas seuil qu'ici. Alors il y a l'objet social de l'institution, càd que ces patients quand on les voit, elles sont enceintes ou avec un petit enfant, et euh le but n'est certainement pas ni de les cadrer, ni de leur apprendre, ni gnagnagna, c'est que ça se passe bien au niveau de la grossesse avec les enfants, voilà c'est ça le but, donc il y a une grosse équipe pour peu de patients. Quand une patiente ne vient pas à son rendez-vous voilà, on va lui téléphoner, on va éventuellement aller à domicile, on va l'accompagner chez le gynéco faire les examens. On va faire plein de choses avec elle, on va aller chez elle, si il y a des travaux à faire dans la maison, si il y a enfin, c'est vraiment un suivi que tu ne trouves nulle part ailleurs, le but étant que ça se passe bien avec la grossesse, et si elle peut garder ses enfants, que ça se passe bien à la maison »* (IX, l. 91-99).

En ce qui concerne les objectifs de travail, il s'agit d'éviter à tout prix de désirer à la place de l'autre³⁹. On tente au contraire de construire les projets avec l'usager.e. Cela implique de faire de la place à l'histoire personnelle de l'usager.e, à ses valeurs et ses désirs. Selon Rothe, seul le respect de son parcours singulier permettra d'identifier ce qui est réellement recherché et d'aboutir à une solution appropriée⁴⁰. Il faut accepter que cette solution sera parfois moins ambitieuse que celle que le professionnel aurait pu rêver. Cela n'est pas grave, il faut prendre les usager.e.s là où ils sont, respecter leur temporalité et leur projets du moment : *« Et donc le bas seuil pour moi est de travailler à des vitesses de croisière qui sont totalement différentes, d'accepter des temporalités différentes. C'est donc de revoir ses objectifs en tant que professionnel non pas à la baisse, mais à la mesure des personnes »* (XI, l. 64-67).

On comprend que des professionnel.le.s travaillant dans une telle logique ne donnent pas une définition unique et unilatérale de la notion de soin. Au contraire, ce qui constitue du soin pour un.e usager.e ne constituera pas du soin pour un.e autre. Il y a donc autant de définitions du soin qu'il y a d'usager.e.s : *« Après, il est très large le soin. Le soin... Attends je réfléchis... En fait le soin doit se définir aussi en fonction de l'individu, en fonction de ses besoins. »* (VII, l. 29-31). Comme les besoins des individus ne sont pas toujours d'ordre médical, on ne peut limiter la notion de soin aux seuls actes médicaux et infirmiers : *« Parce que là, on a toujours ce repère quand on se dit 'soin', on se voit dans un hôpital entouré d'infirmiers et de médecins, c'est une chose effectivement très importante. Mais le soin ne se limite pas à ça »* (VII, l. 17-19). Certaines personnes ont des besoins relationnels, d'autres ont des besoins psychologiques, d'autres encore ont simplement besoin d'un

39 L. BURLET, « Le bas seuil d'exigence : une solution pour sortir les SDF de la rue ? », *Lien social*, 5 janvier 2012, n°1044, disponible en ligne : <https://www.lien-social.com/Le-bas-seuil-d-exigence-une-solution-pour-sortir-les-SDF-de-la-rue> (consulté le 1 août 2018).

40 C. ROTHE, *op. cit.*

endroit où s'asseoir quelques minutes. La réponse à tous ces besoins fait partie du soin. Les institutions bas seuil ont donc du soin une conception particulièrement large : *« Ca peut être un soin à un moment donné, au niveau psychologique qu'on va pouvoir soigner la personne en apportant un suivi, une thérapie, fin une réponse comme ça peut être donnée. Ca peut être un soin de corps, justement prendre soin d'une plaie, ou même plus basiquement reprendre soin de son corps dans l'idée de reprendre une douche, dans l'idée de réapprendre à se laver les mains, de réapprendre à manger. Ca peut effectivement du coup être l'acte médical, le traitement médicamenteux. Ca peut être comme tout à l'heure une écoute. HUUUUUUUM. C'est très large. (...) prendre soin c'est socialement aussi. Prendre soin de quelqu'un c'est lui redonner une identité, donc vraiment au niveau d'un état, reprendre un droit de vivre sur un territoire, de ravoïr une carte d'identité, pas être un numéro, fin on est tous un numéro mais, l'image de représenter quelque chose vis-à-vis d'un état. Avoir le droit à un revenu,... »* (VII, l. 32-46). Le simple fait d'accueillir quelqu'un est déjà une forme de soin : *« Le fait de les accueillir, de se dire peu importe ton odeur, peu importe comment tu parles, on va parler ensemble, on va essayer de communiquer. Ca ça fait partie du soin pour moi »* (VII, l. 26-28). On retrouve ici l'importance de la notion d'accueil.

§4 Le bas seuil : une approche caractérisée par l'horizontalité de la relation et de l'architecture

Le bas seuil peut également être défini par l'horizontalité de la relation qui se noue entre les professionnel.le.s et les usager.e.s. De façon intéressante, plusieurs de mes interlocuteurs voient un lien fort entre l'horizontalité de la relation et l'architecture du lieu dans lequel elle se déploie. Je commencerai par montrer ce qu'on entend par une relation horizontale. J'aborderai ensuite la façon dont l'architecture doit rendre possible une telle relation.

Dans une relation horizontale, le.la professionnel.le ne sait pas mieux que l'utilisateur.e. Au contraire, ils.elles développent leurs pratiques ensemble. Cette co-construction porte au minimum sur les projets individuels de l'utilisateur.e. Mais dans certaines institutions, on va jusqu'à considérer que les usager.es devraient participer, sur un pied d'égalité avec les professionnel.le.s, au développement de projets institutionnels, et même à la gestion du secteur bas seuil toxicomanie dans son ensemble : *« C'est fini les professionnels dans leur tour d'ivoire qui définissent des pratiques etc. Donc pour nous quand on a un nouveau projet, on réunit des gars autour de la table, et on les questionne sur le projet. On essaye de mettre en place d'autres types d'activités participatives. On l'activité qui est plus réunir des experts de la rue pour discuter des projets etc. Et des choses qui ont un intérêt au niveau de l'estime de soi, on met en place des ateliers de radio, des ateliers d'écriture. L'idée à terme c'est qu'on arrive à avoir un collectif radio auto-géré, un collectif d'écriture auto-géré. On*

voudrait avoir un collectif d'usager.es auto-géré. On voudrait qu'ils soient invités à la table à la Fedito et qu'ils discutent. Ils ont leur place à prendre » (I, l. 50-57). On est bien dans une conception horizontale où l'usager.e est aussi apte que le.la professionnel.le à penser le développement des projets du secteur.

L'horizontalité se traduit également dans les relations interpersonnelles où on n'hésite pas à tutoyer, voire à faire la bise. Le défi est de parvenir à maintenir une distance professionnelle, tout en évitant d'instaurer des barrières qui pourraient rendre la relation plus verticale : *« Donc y a pas de barrière à ce niveau-là. Et je dirais que pour moi, ça a aussi un impact sur le bas seuil. Je trouve ça important, en gardant une distance professionnelle, on n'est pas obligé de garder les gens dans les bras, on ne doit pas aller jusque là, mais en tous cas je pense que le fait de serrer la main ou de faire la bise ça a vraiment une importance parce que c'est une marque de respect et de communication, et je pense que ces patients accordent beaucoup d'importance à ça. Et le fait qu'on se mette en horizontalité avec eux, pour moi c'est le summum du bas seuil. Tu peux pas te dire « grand médecin machin », exiger que le patient te vouvoie, ait plein de codes et respecte un cadre et tout ça, et lui demander presque tout autant en retour. » (V, l. 250-258).*

L'architecture du lieu a une influence importante sur le caractère horizontal de la relation. En effet, un lieu pourvu de nombreux étages renforce la distinction entre les professionnel.le.s (ceux.celles qui sont en-haut) et les usager.e.s (ceux.celles qui doivent gravir les marches pour atteindre ceux.celles qui sont en haut) : *« (à propos d'une institution comportant plusieurs étages) L'infrastructure pour moi, elle n'est pas bas seuil. Et ça ça m'a choquée tout de suite quand je suis venue en entretien d'embauche. Parce que monter des étages comme ça, qu'il y ait des professionnels qui ne travaillent que aux étages, pour moi ça n'a pas vraiment de sens » (V, 151-153). On préférera un lieu dont le seuil d'accès est littéralement bas, et où tous se trouvent à la même hauteur : « Je veux dire, la manière d'accueillir est encore plus bas seuil (...) Déjà la salle d'accueil se trouve au rez-de-chaussée. Et donc tu rentres, et tu y es. C'est réfléchi, c'est se dire 'bas seuil, et donc le seuil doit être bas'. La personne doit pouvoir pour y accéder même physiquement avoir facile d'accès aux soins » (V, l. 235-238).*

En outre, il est considéré comme particulièrement bas seuil de pouvoir recevoir les patients dans un seul grand espace informel (grande salle unique ou bureaux ouverts donnant sur le même grand plateau), ou même tout à fait en dehors de l'institution (en allant marcher au parc ou dans la rue). En effet, un bureau fermé est perçu comme un cadre formel renforçant l'identité professionnelle de l'intervenant.e et la relation de pouvoir qui en découle. Un grand espace ouvert favorise au contraire le développement d'une relation horizontale : *« La plupart des patients d'ailleurs qui avaient*

confiance en moi me demandent toujours de sortir à l'extérieur, marcher sur le trottoir, aller bêtement à la pharmacie ensemble, ou à la banque. Et ce sont des excuses pour pouvoir te parler librement. Et se retrouver au même niveau que toi aussi, je pense. Ne pas être dans ce cadre patient-intervenant » (V, l. 290-294). Un autre intervenant fait le même lien de façon plus explicite encore : « Ici le bâtiment est suffisamment grand pour qu'on fasse des entretiens sur un banc dans la cour, sur un bout de trottoir. (...) C'est cette même capacité dans la bas seuil à bouger les lignes, et c'est pas grand chose, qui va nous permettre d'avoir une accroche avec un public qui au départ, si on n'avait pas aménagé ça, ça n'aurait pas marché. On est dans une horizontalité. On essaye d'être dans un rapport à l'autre le plus horizontal possible. Après on est dans certains aspects qu'on aurait pas voulu au niveau bâtiment. Mais voilà, les personnes sont sensibles à ça » (XI, l. 35-43).

Partager le même espace permet également de partager des activités communes sans distinction entre les usager.e.s et les professionnel.le.s. Par exemple, dans certaines institutions, il est considéré comme souhaitable que les professionnel.le.s et les usager.e.s mangent ensemble dans l'espace commun car cela crée du lien et met tout le monde sur un pied d'égalité : « Je pense vraiment que ça a du sens parce que ça permet d'être tous assis autour d'une table, et autant le personnel que le patient d'être assis autour de cette table centrale, et bon, il est midi et on sort tous notre pique nique. Et moi bon nombre de fois où j'ai pas partagé mon plat avec des patients et 'oh tiens, tu manges quoi aujourd'hui ? Ah tu veux goûter ? '. Et c'est chouette, parce que ce sont des choses auxquelles eux n'ont plus accès, surtout ceux qui sont dans la rue, ils ne mangent que des chips, des trucs tout faits. Et bien de pouvoir manger quelque chose de fait à la maison, qui a été mangé avec toi à table, de discuter ensemble, de jouer aux cartes, pour eux c'était important, d'être considérés et pas juste comme patients quoi » (V, l. 300-307).

§5 Le bas seuil : une approche intimement liée à la réduction des risques

A la lecture des sections précédentes, on aura compris que le soin dans les institutions bas seuil ne serait pas dans une perspective d'abstinence. Une telle perspective serait en effet radicalement incompatible avec les principes développés ci-dessus. Les institutions où l'on vise l'abstinence ont naturellement un seuil plus élevé. Tout d'abord, l'accueil n'y est pas inconditionnel. En effet, seul l'accueil d'usager.e.s qui souhaitent arrêter leur consommation y a du sens. Ensuite, le cadre doit y être plus strict. De nombreuses règles doivent en effet être respectées afin de développer un climat dans lequel le sevrage est possible, notamment celle qui veut qu'on ne consomme pas pendant son séjour et celle qui veut qu'on ne fasse pas entrer de produit dans l'institution. En outre, la relation entre les travailleurs.euses et les usager.e.s ne saurait y être parfaitement horizontale, puisque les travailleurs.euses ont entre autres pour mission de contrôler que les usagers ne consomment pas

pendant leur séjour. Enfin, la mission de ces institutions n'est pas d'accueillir des situation de crise en s'adaptant à la temporalité des usager.e.s, mais au contraire d'entreprendre un travail qui s'inscrit dans une temporalité longue (songeons aux délais d'attente actuels dans les centres de cure et de post-cure).

C'est dans une perspective de réduction des risques que s'inscrit le travail des institutions bas seuil⁴¹. Le but n'est pas de guérir les usager.e.s, mais de les aider à réduire les risques liés à leur mode de vie : *« Euh bah, pour nous la réduction des risques est primordiale hein. C'est l'essentiel de ce qu'on fait avec nos patients. On n'est pas supposé guérir les personne de toxicomanie. Ca c'est oh, c'est une vue une peu passéiste, ça reste encore dans certaines institutions qui ne sont pas bas seuil et heureusement que ça reste parce que il peut y avoir des patients qui viennent demander des soins justement en vue d'arrêter complètement. Mais dans les institutions bas seuil, ce qu'on fait essentiellement, c'est de la réduction des risques, du soin somatique, du soin de façon globale, mais pas essayer de guérir les gens d'une toxicomanie »* (IX, l. 20-26). Faire du bas seuil, c'est prendre les gens là où ils sont. Cela passe par le fait de reconnaître qu'une partie d'entre eux a une consommation active qu'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas arrêter pour le moment, plutôt qu'à fantasmer un patient qui arrête de consommer quand on le lui demande. Puisqu'on prend acte du fait que les gens consomment, il faut développer des pratiques pour les accompagner dans cette consommation, c'est-à-dire des pratiques de réduction des risques : *« Sachant qu'on est bas seuil, on ne peut pas ne pas faire de la RdR. Sachant que les populations ici sont actives au niveau consommation, ne pas porter une attention majeure à leur consommation et à tout ce qui tourne autour de cette consommation, et donc finalement de manière formelle ou informelle arriver avec des concepts de Rdr... L'idée est pas d'assommer la personne avec des concepts de Rdr, mais d'y aller à son rythme, de la conscientiser que ce qu'elle fait a des conséquences et qu'on peut parfois imaginer faire les choses un peu différemment, sans jugement mais pour l'accompagner au mieux dans ses consommation. Nous ici en deux mots, on est pragmatiques et enclins vraiment à travailler sur une notion de Rdr à tous les niveaux »* (XI, l. 74-83).

Les notions de soin et de RdR ont tendance à se recouvrir partiellement dans le discours des travailleurs.euses. Tantôt la réduction des risques est décrite comme un outil du soin, le soin semblant être une notion large dont la RdR est une des composantes : *« On fait du soin à travers la RdR aussi. C'est un outil, la RdR, en fait. Pour prendre soin de. Eviter qu'ils se fassent des abcès insensés, qu'ils continuent à en faire et... La rdr du coup nous permet de vraiment prendre soin de*

41 P. LE FERRAND, « Bas seuil et thérapeutiques : mise en place d'une structure d'accès facilité à la méthadone », *Le Flyer*, Mai 2007, n°28, disponible en ligne : <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/bas-seuil-et-therapeutiques/91-mise-en-place-dune-structure-dacces-facilite-a-la-methadone.html> (consulté le 20 juillet 2018).

la personne » (VII, l. 61-63). Tantôt c'est, en sens inverse, le soin qui est décrit comme un outil de réduction des risques, la réduction des risques semblant être une notion large dont le soin est une des composantes : « *Le soin est directement lié à, fin l'acte technique d'un médecin est directement lié à la rdr. Pour l'expliquer mieux, on se dit ici que la prescription de méthadone participe à la rdr. Ca fait partie, c'est une des pièces de la rdr dans un sens que si on leur donne un produit de substitution sûr, donc effectivement il y a derrière un savoir scientifique par rapport à ce produit, ils ne vont pas prendre des risques en consommant des produits dont on ne sait pas à quoi ils sont coupés, comment ils vont les consommer, voilà. (...) L'acte de soin, je prends cet acte pour parler du soin, mais on peut parler du soin au sens plus large après, mais le traitement de substitution, le soin qu'il peut procurer, c'est de la rdr* » (VII, l. 3-15). Quoi qu'il en soit, soin et RdR se recoupent : « *Mais euh rdr égal soin, soin égal rdr... voilà...* » (VII, l. 74).

Un des conséquences de cette vision est que les soins offerts par les psychologues ou les psychiatres n'ont pas pour visée d'aider les gens à diminuer ou arrêter leur consommation, contrairement à ce qui est souvent le cas en dehors du bas seuil. La visée en est tout autre : « *En tous cas, moi la manière dont je travaille c'est : que il y ait méthadone ou qu'il n'y ait pas méthadone, qu'il y ait 200 mg ou qu'il y en ait 20 ou qu'il y en n'ait pas, je dirais que ce n'est pas ça qui m'intéresse dans le boulot psy. Justement, moi ce que j'essaye de faire, c'est de décaler. C'est-à-dire, en dehors d'être toxicomane, et de tel produit que vous consommez et de tel autre, qui vous êtes ? C'est pour arriver à ce que la personne puisse arriver à se dire qu'elle est autre chose qu'un toxicomane. A la limite, si tu laisses parler le patient et que tu lui demandes qui il est, la première chose qu'il va te dire avant même son prénom, c'est te dire 'je suis toxicomane'. Il y a une assimilation de la personne au produit, à la consommation. Donc c'est plus rien d'autre. Comme si la vie avait disparu. Il y a des gens, des patients que je vois depuis longtemps, avant de me donner leur nom, ils vont me dire qu'ils sont toxicomanes. Alors que bon, je suis sensée le savoir si ils sont ici. Mais c'est devenu une identité. Donc moi ça m'est égal, l'objectif est de les décaler de cette identité de toxico qu'ils ont d'eux-mêmes* » (VI, l. 70-81). Certain.e.s vont plus loin encore, et considèrent que l'idée même de faire de la thérapie, quelle que soit sa visée, n'est pas bas seuil puisque le but du bas seuil n'est ni de cadrer ni de guérir : « *Et que donc, en plus du plus, (un psychiatre travaillant dans le bas seuil) l'a toujours dit : 'le bas seuil, il est hors de question de faire de la thérapie'. On n'est pas là pour faire de la thérapie. On reçoit la personne en entretien, on fait de l'écoute, de l'écoute active sur le moment donné, mais il est hors de question que le patient revienne sur des mois tous les mardis à 16 h pour avoir sa consult' avec le psy. Et je dirais que là entre les idéaux bas seuil de (ce psychiatre), et la réalité de terrain c'était pas le cas, la plupart du temps, parce que les pys*

restaient attachés à leur fonctionnement de psy et avaient ce besoin de poser des questions, de gratter, de recevoir la personne en entretien, et que ça devenait vraiment de la thérapie » (V, l. 123-130).

La mission du bas seuil n'est résolument pas de guérir les gens. On peut donc se demander comment les professionnels du bas seuil perçoivent les institutions qui prétendent répondre à ce désir. Généralement, leur perception n'en est pas négative. Les professionnel.le.s du bas seuil jugent souvent qu'il est bénéfique que ce réseau existe à côté du leur puisqu'il a des usager.e.s dont l'abstinence est le désir. Ainsi, lorsqu'un usager émet le souhait d'aller en cure, on ne tente généralement pas de l'en décourager, mais bien de l'interroger sur les origines de ce souhait afin de lui permettre de clarifier son projet : *« D'abord je leur demande, j'explore les raisons, de pourquoi ils veulent faire ça, et je pars sur base de ça. Je n'ai pas à dire « non ça ne va pas » ou bien « oui ça va », mais je vais poser des questions pour qu'il y ait un chemin qui se fasse dans la tête du patient. Il faut voir quel sens ça a pour lui. (...) Je vais dire « est-ce que vous pensez que vous êtes prêt pour faire ça ? » ou « pas prêt pour faire ça », ou « est-ce que vous pensez que vous allez pouvoir gérer ceci ou ça ? ». Voilà, je vais poser des questions, je vais travailler dessus, mais je ne vais pas leur dire « surtout ne faites pas de sevrage ». Je vais leur dire « attention, le sevrage, quand vous sortez, ça ne va pas être évident. Parce que voilà, pendant quatre semaines, vous allez être pris complètement en charge, et puis vous allez vous retrouver à la rue avec toute la réalité qui sera de nouveau là. Et donc ça peut avoir son sens de faire une cure pour vous mettre à l'abri. Mais attention, à la sortie, ne rêvez pas hein. ». Ca dépend vraiment des situations, donc je peux mettre les gens en garde, et moi mon propos c'est de les faire réfléchir. » (VI, l. 198-214).* Cependant, de nombreux.ses travailleurs.euses émettent des réserves quant à l'efficacité réelle du sevrage. Ces réserves ne les empêchent pas de trouver l'existence des centres de cure positive, car ils leur trouvent d'autres utilités de le sevrage lui-même. Ils.elles considèrent notamment qu'il peut être utile pour l'usager.e qui se trouve dans une situation sanitaire ou sociale catastrophique de s'y poser quelque temps : *« Parfois c'est pour des raisons sociales aussi. T'en as bah ils sont dans une situation sociale épouvantable, alors ils se disent : « Je vais faire une cure ou puis une post-cure, et puis pendant ce temps-là, par exemple, je peux économiser pour une garantie locative, ou pendant ce temps là, je suis dans un environnement qui est mieux que celui où je suis ». Ca peut parfois être bêtement cette raison-là. Et parfois on se dit « au fond, ce temps qu'il va passer en hôpital, c'est un temps où il va pouvoir un peu se refaire une santé ». Donc voilà, parfois c'est pas mal, mais pas spécialement pour l'aspect sevrage » (IX, l. 62-68).*

§6 Le bas seuil : du travail social palliatif ?

Il est apparu au cours de ce chapitre que faire du bas seuil consistait à avoir la volonté de travailler avec, entre autres, des gens qui ne souhaitent ou ne peuvent pas s'intégrer dans la société. Faire du bas seuil, c'est accepter de travailler aussi avec des gens qui n'ont plus de projet, qui n'ont parfois même plus aucune demande⁴². Nous avons vu qu'à propos du travail avec ce public, de nombreuses questions surgissent : quelle est la finalité du travail avec ceux.celles qui ne semblent aller nulle part ? Sur quoi fonder le professionnalisme des intervenant ? Faut-il maintenir quand même un idéal de transformation ?

Certain.e.s professionnel.le.s pensent ces questions en mobilisant une notion particulièrement intéressante, celle de travail social palliatif. Selon eux.elles, la partie du travail bas seuil qui consiste à accueillir les personnes les plus marginalisées peut être qualifiée de travail social palliatif : *« Il y a une notion qu'on avait vue dans les concertations bas seuil que j'avais trouvée très intéressante après l'avoir digérée, tu vas peut-être d'abord sauter sur ta chaise. Y a Jean-Marie Soulet, un Suisse, il a théorisé une appellation de « travail social palliatif ». Une fois qu'on a digéré ce qu'on voulait dire par « travail social palliatif », qu'on dépasse ce qu'on met derrière « palliatif », moi je me reconnais assez bien là-dedans, en ce qui concerne à moment donné une partie des personnes qui fréquentent l'institution. On est résolument attachés à travailler avec des gens qui auraient soit plus la capacité d'élaborer quelque chose, soit pas envie pour le moment, pendant un temps »* (XI, l. 57-64).

Précisons quelque peu ce qu'on entend par « travail social palliatif ». Selon M.-H. Souler⁴³, l'Etat social actif est fondé sur le postulat que tout membre de la société détient des capacités socialement significatives et socialement convertibles. En conséquences, les politiques sociales y sont fondées sur le développement par les individus de ces capacités qu'ils possèdent. Or, selon l'auteur, un certain nombre de personnes ne possède pas ces capacités et ne peut donc pas s'inscrire dans les dispositifs de travail social actif.

C'est pourquoi on voit apparaître, à côté du travail social actif, une seconde catégorie de travail social pensée pour ceux.celles qui n'ont pas de capacités socialement convertibles : le travail social palliatif. Celui-ci, contrairement au travail social actif, n'a pas pour but la réintégration. Mais il a pour but la production de non-désaffiliation en l'absence de possibilité d'intégration. Il tentera au minimum de réhabiliter la personne en tant que porteuse de dignité. C'est donc un travail « sans visée transformatrice, qui s'affrontera à la question de la durée sans finalité : accompagner sur place,

⁴² Je souligne que je ne vise pas ici l'entièreté du public des institutions bas seuil.

⁴³ M.-H. SOULER, « La reconnaissance du travail social palliatif », *Revue dépendance*, décembre 2008, n°33, disponible en ligne : https://www.grea.ch/sites/default/files/Article4_1.pdf (consulté le 30 juillet 2018).

durer ensemble. Un travail dans l'ici et le maintenant, inconditionnel, adapté à la personne, visant à restaurer sa dignité pour lui permettre de tenir. Des appuis qui allègeront afin de permettre de supporter, voire surmonter, l'épreuve d'une vie à côté ».

On retrouve dans la pensée de M.-H. Souler, exprimée avec une admirable clarté, une partie des idées développées dans les sections précédentes : l'accueil inconditionnel, l'adaptation à l'autre, le travail dans le présent, etc. Cependant, comme le souligne l'interlocuteur cité au début de cette section, seul le travail avec une partie des personnes fréquentant l'institution peut être décrite comme du travail social palliatif. En effet, le public des institutions bas seuil est diversifié et comprend de nombreuses personnes qui ont des projets et/ou sont relativement bien intégrées dans la société. Les institutions bas seuil sont bien sûr également capables de fournir un accompagnement adéquat à ces personnes. On en revient à la notion d'adaptation à chaque usager.e : le bas seuil c'est faire soit du travail social palliatif, soit du travail social actif, en fonction de ce qui a du sens pour l'usager.e.

Chapitre 2 – Le problème épineux de la circulation des usager.e.s vu par les professionnel.le.s

Dans ce chapitre, je tente de dégager ce que les professionnel.le.s perçoivent comme un problème dans le fonctionnement du réseau bas seuil: la circulation inadéquate des usagers (section 1), et la manière dont la création du lien entre institutions et usagers peut faciliter ou entraver cette circulation (section 2). Nous verrons que les usager.e.s n'arrivent que très difficilement dans les institutions où ils pourraient bénéficier d'un accompagnement. Le secteur tente de répondre à ce problème en créant du lien social avec les usager.e.s., ce lien permettant de les accompagner une première fois vers les institutions, et de leur donner la force d'y revenir régulièrement. Le lien permet donc le développement initial d'une relation de soin. Mais ce processus peut avoir des effets pervers : l'usager.e pris.e dans une relation trop forte avec son institution peut se retrouver coincé.e en ce lieu désormais perçu comme le seul où on puisse l'aider. L'usager.e refusera alors toute réorientation vers une autre institution plus apte à répondre à ses besoins par peur de rompre un lien important pour lui.elle. Le lien joue donc un rôle tout à fait paradoxal : il est constitutif tant du problème que de sa solution.

L'identification des différentes dimensions de ce problème dans ce chapitre doit nous permettre, dans le suivant, de montrer comment le secteur tente d'y répondre par des pratiques de collaboration. Les pratiques de collaboration sont en effet orientées par les représentations des professionnel.le.s à propos des problèmes à résoudre.

Soulignons qu'aucun.e des répondant.e.s n'a évoqué l'ensemble des éléments que je présente dans ce chapitre, ni ne les a structurés de la manière que je propose ici. J'ai donc tenté, en restant la plus fidèle possible à leurs discours, d'en dégager les grands points communs et la logique sous-jacente (j'espère n'avoir pas, au cours de ce processus, trahi leur pensée en créant artificiellement de la cohérence là où peut-être, il n'y en avait pas).

Section 1 – Le problème de la circulation des usager.e.s

Dans cette section, j'identifie pour la clarté de l'analyse trois dimensions du problème : la circulation depuis la rue vers le réseau (paragraphe 1), la circulation au sein du réseau (paragraphe 2) et la circulation depuis le réseau vers les soins de santé classiques (paragraphe 3). La première dimension du problème concerne des usagers à ce point marginalisés qu'ils ne parviennent à s'inscrire dans aucun dispositif, pas même les dispositifs bas seuil. La seconde concerne des usager.e.s qui n'ont de contact qu'avec une seule institution bas seuil, parfois inapte à répondre à leurs besoins de manière optimale. Songeons par exemple à des usager.e.s qui ne se rendent que

dans un comptoir d'échange alors qu'il serait bénéfique qu'ils soient suivis dans une institution médicalisée. La troisième dimension enfin, concerne des usager.e.s plus stabilisés qui sont toujours suivis dans le bas seuil alors qu'ils ont la capacité de s'inscrire dans le réseau de soins classiques.

Paragraphe 1- La circulation depuis la rue vers le réseau bas seuil

Certain.e.s usager.e.s tout à fait désinsérés n'ont de contact avec aucune institution, pas même avec les institutions bas seuil. Cela signifie que pour eux, même dans les institutions bas seuil, le seuil est encore trop haut. Ces personnes constituent naturellement une 'population cachée' dont l'importance est difficile à évaluer. C'est pourquoi une première question consiste à se demander sur quoi les professionnel.le.s basent leur certitude de l'existence d'une telle population (§1). Une fois établie l'existence de cette population, nous nous demanderons à quelles causes l'attribuer (§2).

§1 De l'existence d'une population cachée

Les éléments suivants confortent les acteurs.trices dans l'opinion qu'il existe des gens qui n'arrivent pas dans les institutions bas seuil :

Tout d'abord, ces gens sont rencontrés régulièrement par les travailleurs.euses de rue, qui informent les autres professionnel.le.s de ces rencontres : « *Nos éducateurs de rue nous rapportent qu'il y a encore des personnes qui ne veulent pas venir, alors qu'elles auraient besoin de venir.* » (XI, l. 72-73). Notons que la conscience de l'existence d'une importante population qui n'arrive nulle part semble plus aiguë dans les institutions disposant de travailleurs de rue que dans celles qui n'en disposent pas.

Ensuite, il arrive que des usager.e.s qui étaient affiliés à une institution disparaissent complètement suite à la rupture du lien avec l'institution. On suppose qu'ils vont alors s'ajouter, au moins pour un temps, à une population cachée d'usagers qui n'ont plus de contact avec le réseau de soins. Ainsi, parmi les usager.e.s suivis par le Centre Hépatite C, une partie interrompt son suivi mais reste affiliée à une autre institution, mais une autre partie décroche et n'est plus vue nulle part : « - *Je ne sais pas vraiment te donner une proportion. J'aurais envie de dire un tiers de perdus de vue.* - *Et alors ils sont perdus de vue par vous et leur institution comme le Centre Psycho-Médico-Social Alpha ?* - *On va dire qu'ils sont perdus de vue par nous. On pourrait encore dans cette proportion de perdus de vue faire une classification en disant : 'bon on sait qu'ils sont encore suivis par nos partenaires'* » (X, l. 36-40). En ce qui concerne les patientes suivies au Centre Familial, il semble que la majorité de celles avec qui le lien est rompu suite à un signalement au SAJ disparaisse du réseau : « - *Il y a des patients qui forcément reviendront probablement jamais, et qui sont dans la*

nature après et voilà. (...) - Et dans ceux qui ne continuent pas à venir, vous arrivez à la réorienter vers d'autres services ? - La majorité disparaît » (V, l. 174-199).

En outre, l'existence d'une telle population a été révélée dans d'autres pays lors de la mise en place de salles de consommations : *« Je prends un exemple pour illustrer ça : pour les pays qui ont la chance de pouvoir ouvrir une salle de consommation, des études internationales mettent en exergue les mêmes chiffres : il y a comme par miracle 30% de gens dans leur file active qui avant l'émergence de cette salle de consommation n'étaient encore apparus nulle part ailleurs dans les institutions. Donc ça génère une appel d'air de ceux dont tu parles, qui sont encore actuellement invisibles, ou pas en capacité ou volonté de franchir les portes. Parce qu'il n'y a pas encore cet outil. Et donc j'ai l'intime conviction que le jour où il y aura une ou des salles de consommation en Belgique, et ce sera le cas, on aura ce même phénomène » (XI, l. 59-66).*

Enfin, on relève dans la littérature que l'existence d'un marché noir de la méthadone indique l'existence d'une telle population. En effet, la méthadone pouvant être obtenue à moindre prix par le biais d'une prescription dans une institution bas seuil, il faut penser que ceux qui l'achètent au marché noir n'ont pas accès à ces institutions : *« L'existence d'un marché noir interroge donc les pratiques de seuil »⁴⁴.*

Une seule intervenante semble considérer que le seuil de son institution est assez bas pour permettre l'accès à tous (notons que cette même intervenante avait adopté une position isolée par rapport au caractère souhaitable de la gratuité). A la question de l'accessibilité, elle répond : *« Vraiment, je pense que tout le monde peut arriver, c'est gratuit. On arrive, on passe le seuil de la porte, et on demande un entretien avec un médecin et on l'a, et le médecin donne le traitement. Et si on veut on peut voir une infirmière, on peut ci, on peut ça, on peut s'installer là, pendant neuf heures. Je pense que vraiment, si les gens n'arrivent pas c'est qu'ils n'ont pas envie d'arriver. Pas parce que les structures n'existent pas ou ne sont pas adéquates. Sauf cas exceptionnel pendant les vacances. Je pense que les types de structures mis en place permettent très largement à n'importe qui d'arriver ici. » (VI, 360-366).*

§2 Des causes de l'existence d'une population cachée

Pour expliquer pourquoi certain.e.s n'arrivent pas dans les institutions bas seuil, beaucoup de professionnel.le.s évoquent les difficultés déjà abordées au chapitre précédent : difficulté d'arriver sur le lieu de l'institution lorsqu'on est désorienté dans l'espace, difficulté d'arriver à l'heure lorsqu'on est désorienté dans le temps, difficulté de respecter les règles de l'institution lorsqu'on est

⁴⁴ C. JEANMART, « Substitution sans frontière ? », *Psychotropes*, 2008/1, Vol. 14, pp. 21-40.

intoxiqué, etc. Il existe des gens pour qui même le cadre minimal des institutions bas seuil est excluant : « *Oui, puis il y a quand même, même si on est bas seuil d'accès, une certaine contrainte à venir adresser quelque chose en institution, demander un traitement en institution, venir sur le même lieu, dans des horaires,... Voilà, ça reste contraignant par rapport à la rue qui est disponible peut-être n'importe quand* » (IV, l. 44-47). On retrouve ici chez certain.e.s l'idée qu'il serait souhaitable d'avoir des horaires encore moins contraignants, mais que c'est difficile à mettre en place : « *Oui mais c'est notre façon de fonctionner avec les rdv, c'est vrai que tu pourrais imaginer des permanence où il n'y a pas d'heure de fin quelque part. (...) On pourrait imaginer quelque chose comme ça qui soit beaucoup plus bas seuil. C'est compliqué en fait, c'est déjà compliqué ce qu'on fait ici, mais oui, on pourrait...* » (IX, l. 124-129).

D'autres acteurs évoquent des éléments similaires mais ajoutent que le fait même d'être une institution constitue un obstacle infranchissable pour certain.e.s usager.e.s : « *Et même ici au Centre d'Hébergement de Crise, on se définit comme étant bas seuil, et c'est le cas, c'est résolument le cas, on est malgré tout trop haut seuil pour certaines personnes. Le simple fait de passer la porte d'une institution, c'est quelque chose que certaines personnes ne sont pas encore prêtes à faire. On a conscience que tout en étant bas seuil, je pense que c'est le cas pour le Centre Psycho-Médico-Social Bêta, pour le Centre Psycho-Médico-Social Alpha, pour plein d'autres, on génère une forme de violence institutionnelle par le simple fait qu'on soit une institution et qu'il y a des gens qui vont pour plein de raisons ne pas vouloir franchir ce cap-là.* » (XI, l. 53-59). La même personne précise : « *Pourquoi les gens ne viennent pas dans une série d'institutions ? C'est qu'ils ont été déçus dans leur parcours de vie, d'errance, par une série de travailleurs, pour une série de raisons. Ils ont été abîmés par des refus, par des moments où ils ont été stigmatisés. Donc quelque part ils vont transposer à tous les services cette néantification-là* » (XI, l. 84-87).

Paragraphe 2 - La circulation au sein du réseau bas seuil

Dans ce paragraphe, j'aborde la situation d'usagers qui sont affiliés à une unique institution, souvent dans le cadre d'un lien affectif très fort. Je me demanderai d'abord si les acteurs.trices sont d'accord pour affirmer qu'une telle situation existe (§1), ensuite quelles sont ses causes (§2) et enfin en quoi elle est problématique.

§1 De l'existence d'un manque de circulation au sein du réseau

Mes interlocuteurs.trices sont généralement d'accord sur l'existence d'un tel problème. Certains l'abordent d'emblée : « (...) *parce que les gens sinon ne circulent pas dans le réseau. Ils ne connaissent pas Bruxelles. Ou enfin je veux dire c'est une conception très libérale de penser, et ça*

se pense encore dans beaucoup d'endroits du secteur socio-sanitaire à Bruxelles, que le patient à le choix, que le patient est responsable, que le patient sait se diriger tout seul dans la ville, prendre le bus, demander son chemin, comme si c'était un quidam de la classe moyenne éduqué, ce qui est pas le cas. » (IV, l. 38-43). D'autres semblent ne pas encore l'avoir conceptualisé clairement. Ainsi, à la question de savoir si les usagers arrivent facilement à s'orienter vers les institutions qui correspondent à leurs besoins, un professionnel me répond tout d'abord positivement : « A Bruxelles j'ai l'impression » (VII, l. 230). Cependant, plus loin dans l'entretien, il explique à plusieurs reprises à quel point il est difficile pour les usagers d'arriver dans les institutions : « les gens se perdent sur leur chemin quoi. C'est difficile parfois de prendre le métro, d'arriver, de trouver l'adresse, de se présenter, de franchir la porte, tout ça est compliqué. » (VII, l. 115-116).

§2 Des causes du manque de circulation au sein du réseau

Ce problème est entièrement attribué à l'existence d'un lien trop fort entre l'usager.e et son unique institution d'affiliation : « *je crois que les patients tissent un lien avec nous qu'il est difficile après ça de rompre pour aller vers une autre institution.* » (VI, l. 27-28). Ce point est développé ci-après (Section 2, paragraphe 2).

§3 Du caractère problématique du manque de circulation au sein du réseau

La construction d'un lien avec une unique institution est considérée comme dangereuse par beaucoup d'intervenant.e.s. La situation peut en effet facilement dégénérer, la relation étant à la fois très intense et très volatile. Le lien peut être surinvesti, les travailleurs.euses de l'institution devenant « les seuls amis » de l'usager.e. En sens inverse, en cas de rupture du lien, l'usager se retrouve sans aucun point d'accroche. Pour cette raison, il semble préférable que les usagers se rendent dans plusieurs institutions différentes : lorsque le lien avec une institution souffre, l'usager dispose de d'autres endroits qu'il peut investir.

Certain.e.s professionnel.le.s relèvent un avantage supplémentaire de l'affiliation à plusieurs institutions : l'usager.e qui le souhaite peut alors projeter dans les institutions différentes images de lui-même : « *Il y a des patients, fin des usagers, quand ils vont dans une institution ou une autre, il y a une mise en scène, ils jouent des rôles* » (I, l. 56-57). Ainsi, une médecin qui travaille et au Centre Psycho-médico-social Alpha, et au Comptoir d'Echange m'explique que les mêmes usager.e.s ne s'adressent pas à elle de la même manière dans les deux institutions : ils viennent par exemple lui demander du matériel d'injection au Comptoir d'Echange, alors qu'au Centre Psycho-médico-social Alpha, ils disent ne jamais injecter. Selon mon interlocutrice, il est très positif que les usager.e.s aient la possibilité d'adopter ce type de comportement : « *Mais c'est important que le*

patient puisse donner de lui-même l'image qu'il a envie de donner. Je pense que ça c'est vraiment primordial. (...) C'est aussi la dignité de la personne : si il n'a pas envie d'être vu, par exemple, comme un injecteur, bah c'est bien qu'il puisse aller chercher les seringues ailleurs » (IX l. 47-54).

Paragraphe 3 – La circulation depuis le réseau bas seuil vers les soins de santé classiques

Dans ce paragraphe, je traite du problème des usagers qui continuent à être pris en charge par le secteur bas seuil alors qu'ils pourraient s'inscrire dans les dispositifs de soins classiques. Il s'agit d'usager.e.s plus stabilisés qui ont acquis la capacité de s'adapter à un seuil plus élevé. La question que nous nous posons d'emblée est celle de savoir si cette situation constitue un problème. La réaffiliation des usager.e.s au réseau de soins classique constitue-t-elle un objectif ? Les professionnel.le.s y apportent une réponse nuancée dont il ressort que, au moins en ce qui concerne certains usager.e.s, il serait bénéfique qu'il soient réaffiliés aux soins de santé classiques (§1). Dans un second temps, je montrerai qu'en pratique, ce processus de réaffiliation ne fonctionne pas et j'explorerai les raisons auxquelles les intervenant.e.s attribuent cet échec (§2).

§1 De l'opportunité de tenter de réaffilier les usager.e.s aux soins de santé classiques

Comment prise en charge bas seuil et prise en charge par les soins de santé classiques devraient-elles s'articuler ? Pour certain.e.s auteurs, la réponse est simple : l'objectif est dans tous les cas le retour vers les soins de santé classiques, accompagné d'une réinsertion sociale et si possible de l'arrêt de la consommation. On peut ainsi lire à propos du bas seuil que : *« Ces ressources ont pour objectif de soutenir les usagers de drogues illégales là où ils se trouvent, de manière à ce leur santé se détériore le moins possible au cours de cette phase temporaire de leur vie, et que le retour à une position productive dans la société, lorsqu'ils y seront prêts, ne soit pas trop laborieux. »*⁴⁵ Dans cette perspective, bas seuil et haut seuil sont destinés à se succéder dans le temps, la seconde étape représentant une amélioration par rapport à la première⁴⁶.

Les professionnel.le.s ont à ce sujet des opinions plus complexes :

Pour certains la réaffiliation aux soins de santé classiques est une mission fondamentale : *« Moi je considère que le secteur spécialisé a notamment pour vocation d'essayer de tirer ces gens et de les ramener vers les soins qui sont destinés à tous citoyens. »* (I, l. 36-38). Cependant, elle n'est pas

45 B. VAN CALOEN, J.-P. GERVASONI, « L'approche globale s'adressant aux usager.es de drogues illégales en Suisse et aux Pays-Bas : nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, juin 2000, Vol. 13., pp. 199-212.

46 D. RICHARD, J.-L. SENON, M. VALLEUR, *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Larousse, 2004, p. 78.

incompatible avec la poursuite d'un suivi dans une institution bas seuil. le Comptoir d'Echange se place volontiers dans un rôle de tiers. Il s'agit d'aller chercher les usager.e.s dans la rue, de les ramener vers les soins de santé primaires (ou une autre institution bas seuil), tout en maintenant un lien entre le Comptoir d'Echange et l'usager.e. Si la relation se passe mal dans les soins de santé classiques, l'usager.e aura toujours un lien avec le Comptoir d'Echange où il pourra retourner : *« Ce qu'on constate est que c'est vraiment important parce que dans les processus d'aide, de réinsertion, souvent ça se casse la gueule. Si on menait le processus de réinsertion de A à Z, si ça se cassait la gueule avec nous, les gens viendraient plus ici. Nous on préfère réorienter, comme ça si ça ne va pas, ils vont revenir ici et on va pouvoir reprendre le travail à zéro. C'est vraiment l'idée de jouer une espèce de relai, d'interface, entre le monde de la rue et les institutions. Mais ce temps est plus ou moins long en fonction des personnes et des situations. Mais pour nous c'est vraiment essentiel de travailler comme ça, en manière telle que les gens puissent avoir un point de chute »* (I, l. 68-74).

Pour d'autres, il est admis que certains usager.e.s ne pourront jamais être pris en charge que dans le bas seuil. Pour ces usager.e.s-là, l'objectif n'est pas la réaffiliation au secteur classique : *« Il faut accepter qu'il y ait quand même des gens qui n'ont pas envie de se réinsérer dans la société, mais qui ont quand même besoin de soins »* (V, l. 245-246). Par contre d'autres usager.e.s plus stabilisés devraient être réorientés vers les soins de santé classiques : *« Mais je pense qu'on doit nous faire attention, quand un patient est assez bien rééquilibré, avec un petit dosage, essayer de référer vers la première ligne »* (IV, l. 55-56).

Pour d'autres enfin, il n'est pas problématique en soi que des usagers qui pourraient être suivis dans le haut seuil restent suivis dans le bas seuil s'ils le souhaitent. En effet, bien que la réaffiliation soit *a priori* un objectif du secteur, le principe de la liberté thérapeutique veut que les usager.e.s puissent choisir où ils souhaitent être pris en charge : *« Mais je me vois pas dire à un patient 'non écoute, tu ne corresponds plus, ciao quoi'. Je veux dire, il y a une liberté thérapeutique aussi. Le patient a le droit de se dire : 'Moi je reste, même si mes besoins ont changé, je reste attaché à ce centre et je me pointe juste à mon rendez-vous et je me casse, et je le mets le matin à 10 heures pour être sûr d'être à l'heure. Mais je vois encore ce médecin, cet AS, qui m'ont aidé, et qui m'aident encore' »* (VII, l. 261-265). Par contre, la non-réaffiliation des usager.e.s stabilisés est perçue comme un problème organisationnel, le public des institutions bas seuil ne cessant de grandir. Pour cette raison, il semble souhaitable qu'on puisse réorienter vers les soins classiques : *« En terme de gestion, ça peut parfois poser des problèmes. Parce que c'est cette image-là, on se remplit par le bas, mais on se vide jamais par le haut. Donc on accumule les patients, et à un moment on arrive à nos limites de prise*

en charge. Donc l'idée est que ceux qu'on pourrait recaser ailleurs, il faudrait les mettre ailleurs pour laisser la place à ces gens qui ont plus besoin de notre modalité de prise en charge, tandis que l'autre a maintenant une « situation », il a un logement, il sait arriver à l'heure, il est dans des conditions qui lui permettent de payer une consultation. Et donc on pourrait laisser la place aux autres quoi » (VII, l. 240-247).

Enfin, tout le monde tombe d'accord sur l'idée qu'il faudrait au moins pouvoir organiser le suivi par les soins de santé classiques des pathologies qui ne peuvent être prises en charge dans le bas seuil, en particulier l'hépatite C et le sida.

§2 De l'échec du processus de réaffiliation aux soins de santé classiques

Toutes les institutions arrivent à un constat identique: *« Un patient qui est chez nous depuis des années, on ne le réoriente pas, ça ne marche pas »* (IX, l. 70-71). Une autre intervenante précise: *« On remarque quand même qu'on réoriente peu. Même pour des patients plus stabilisés. Ça n'aboutit pas sur une prise en charge extérieure. Fin, il y en a quand même très peu qui partent »* (IV, l. 76-78).

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cet échec. Tout d'abord, le réseau de soin classique ne voudrait pas prendre en charge les usager.e.s : *« Le problème c'est que le public avec lequel on travaille n'est pas un public qui a la cote. Donc c'est moins évident, là le lien tient à peu de choses. On peut avoir beau prendre soin de ce lien avec les professionnels, il suffit qu'un gars foute le bordel dans une salle d'attente, tu peux être sûre que pendant six mois le moindre coup de téléphone de notre part, c'est non »* (XI, l. 66-70). Ensuite, les exigences à l'entrée des institutions classiques, donc haut seuil, constitueraient un obstacle infranchissable pour certains usagers : *« Parce que donc dans le réseau de soin classique, ça va être du haut-seuil, avec des entretiens d'admission, etc, avec des gens avec qui il n'y a pas encore de lien. Par exemple, avec le RA, l'obstacle, donc tu dois passer chez l'assistante sociale, et puis l'assistante sociale contacte un médecin, elle téléphone au patient pour lui dire « voilà tu peux prendre rendez-vous avec le médecin ». Donc ça veut dire raconter à deux personnes qu'on ne connaît pas qui on est, et avec quand même une anamnèse qui est assez fouillée »* (IX, l. 71-76). Enfin, la construction d'un lien trop fort avec les institutions bas seuil entraverait la réorientation vers le haut seuil. Ce dernier point est développé ci-après (Section 2, paragraphe 2).

Section 2 – La question paradoxale du lien

Le lien constitue en lui-même un paradoxe. Il est en effet une tentative de solution qui peut amener

beaucoup de complications. Il est une tentative de solution en ce qu'il permet de développer des relations de soins avec des publics qui sinon ne viennent pas adresser de demande de soin aux institutions (Paragraphe 1). Mais il amène des complications en ce que l'existence d'un lien trop fort entre un usager.e et une institution est un obstacle à la circulation de l'usager.e vers d'autres institutions (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Le lien : une tentative de solution

Afin de parvenir à travailler avec ces publics difficiles à accrocher, les professionnel.le.s travaillent à créer du lien social. C'est un aspect fondamental du travail bas seuil : « *Le lien c'est à la fois l'essentiel de notre travail, la base de notre travail, et ce qui est le plus difficile à consolider avec les usagers avec lesquels on travaille dans ces conditions-là.* » (XI, l. 57-58). En effet, pour qu'un usager se rende dans une institution, il faut d'abord qu'il ait une demande à lui adresser. Et c'est justement la création d'un minimum de lien social qui rend possible l'émergence d'une demande chez des usager.e.s qui parfois n'en avaient plus. Une intervenante me décrit le processus en les termes suivants : « *Bah l'idée est de déjà dans la façon peut-être d'ouvrir simplement la porte, donc comme on pas de sonnette, on doit aller chaque fois ouvrir la porte, donc l'idée c'est de saluer, de proposer un café ou un thé, etc. Et puis de voir pourquoi la personne est là et d'y répondre sans être insistant. Peut-être que la première fois la personne va me demander une seringue, pas de cuillère, pas d'eau. Bah je vais lui dire que ça peut quand même être mieux de changer son matériel à chaque fois. Il va peut-être pas vouloir, mais au bout de la dixième finalement il va entendre mon message à un moment ou à un autre, et puis à ce moment-là va peut-être prendre plus, ou peut-être poser plus de questions. L'idée est d'essayer de pas sauter sur la personne et de ne pas lui poser trop de questions du pourquoi du comment, d'essayer vraiment de répondre à sa demande pour qu'il ne se sente pas jugé et puisse revenir en toute confiance, et puis petit à petit les questions et demandes vont arriver.* » (II, l. 107-116). Dans la même ligne, on peut lire que : « *de la création de lien social au sein de structures ouvertes naît une revalorisation de l'identité suffisante pour laisser émerger une demande sociale* »⁴⁷. La démarche des intervenant.e.s que j'ai pu interroger s'inscrit pleinement dans cette perspective. Ainsi, un des intervenants définit le soin dans le bas seuil comme (entre autres) la reconstruction d'un lien social avec les usager.e.s et par lui la restauration de leur humanité : « *Et je dis retravailler parce que généralement ce sont des gens qui se sont fait jarreter de tout plein de services parce que justement ils ne se présentent pas bien, et donc se déshumanisent un peu comme ça, se voient plus trop comme humains, et sont en perte d'image de*

47 P.-A. VIDAL-NAQUET, C. LAVAL, *L'errance : flexibilité d'une notion*, ministère français de l'Emploi et de la Solidarité, avril 2000, p. 12.

soi, de confiance de soi, et le fait de les accueillir, de se dire peu importe ton odeur, peu importe comment tu parles, on va parler ensemble, on va essayer de communiquer, ça ça fait partie du soin pour moi. Essayer de remettre un niveau humain à la relation, de renvoyer une image à l'autre, c'est déjà soigner en fait. L'écoute c'est déjà ouvrir un porte vers le soin » (VII, l. 23-29).

Une fois que le lien a permis l'émergence d'une demande, on espère qu'il permette encore l'affiliation progressive à une structure perçue comme pouvant aider à répondre à cette demande, et le déploiement d'un travail efficace au sein de cette structure : « (à propos de la création du lien) *Pour moi, c'est une de nos missions. Arriver à créer un lieu d'ancrage où ils viennent. C'est quand ils sont en lien qu'il y a des choses qui vont vraiment avancer. (...) 5: Il y a les deux au final. On peut pas soigner sans qu'il y ait du lien avec les patients qui viennent ici. »* (IV, l. 88-92).

Notons que la construction de lien avec des populations qui ne se rendent pas dans les institutions demande de nombreuses adaptations. C'est ici que le travail de rue est fondamental. Il s'agit de d'aller vers des personnes qu'on ne rencontre pas afin de construire avec elles un lien qui permettra de les ramener vers les structures d'aide : « *C'est important, parce que tous les nouveaux dispositifs qu'on crée aujourd'hui pour toucher les publics qui n'arrivent pas dans nos institutions, sont des dispositifs mobiles. C'est-à-dire qu'on va out-reacher. C'est-à-dire qu'on sort des murs, qu'on accompagne le patient, parce que les gens sinon ne circulent pas dans le réseau. »* (IV, l. 36-39).

Paragraphe 2 - Le lien : une source de problèmes

Si la création de lien ouvre souvent de nouveaux champs de possibilités, il arrive aussi qu'elle les referme. Ainsi, une fois un lien tissé avec une institution, il peut devenir très difficile de le rompre. Le lien devient alors un obstacle à la circulation du patient dans le réseau, celui-ci ne pouvant plus être réorienté vers les structures qui lui conviennent le mieux : « *Maintenant, on remarque effectivement que dès qu'un lien est tissé dans un lieu de soin, ce lien est fort. Et euh, et même si le besoin change, et peut-être que l'institution du coup n'est plus tout à fait adaptée à ces nouveaux besoins, effectivement, le lien prime parfois sur cette adaptation de besoin qui devrait se faire en allant dans un autre service. Le lien est fort. (...) le lien fait que 'mais non, je me suis reconstruit avec vous, vous êtes des repères, etc' et on a du mal à lâcher »* (VII, l. 234-248). Un autre intervenant cerne plus précisément le problème: « *Il y a des gens qui veulent jamais partir d'ici. Et parfois j'observe des relations et je me dis : 'quel serait l'intérêt de ce type d'aller mieux, si quelque part dans sa tête, il fantasme de perdre la relation si il va mieux ?'. Si je vais mieux, je ne suis plus l'objet de l'attention du soignant »* (I, l. 118-121). Dans cette situation de peur de perdre l'attention de l'autre, les propositions de réorientation vers les soins classiques peuvent être très mal vécues :

« La réorientation, c'est vécu par certains comme un abandon, comme un rejet. Ils ne comprennent pas. Il y en a peu qui comprennent qu'on leur dise 'Maintenant, c'est bon, vous êtes bien, donc ce serait bien que vous alliez chez une généraliste ou euh'. Ils ne comprennent pas » (VI, l. 41-43).

Ajoutons que le problème du lien ne se pose pas que du côté de l'usager.e. Ce sont parfois les professionnel.le.s qui adoptent la croyance que seule leur institution peut aider l'usager.e, et entravent ainsi sa circulation : *« Et puis là je suis en train de parler de l'usager, mais je pense que parfois les professionnels aussi s'accrochent très fort et rentrent dans la position de la toute-puissance, du sauveur, et pensent que les autres ne sauront pas faire comme moi ou comme mon institution » (I, l. 121-123).*

Notons que le problème du lien est pensé de diverses manières. Certain.e.s n'en abordent pas les aspects négatifs avant que je pose la question. D'autre au contraire n'en abordent presque que les aspects dangereux. Ces différences de point de vue se retrouvent parfois au sein de la même institution. Ainsi, au le Centre d'Hébergement de Crise, l'un.e de mes interlocuteurs.trices me détaille spontanément les problèmes que peut poser le lien : *« Donc c'est vrai que des fois ils sont fort, fort dépendants. Encore ici dernièrement, il y avait quelqu'un qui était rentré en prison, ils ont droit à un coup de fil, et le premier qu'il passe, c'est à nous. Donc ça montre quand même lien qu'ils ont avec nous. Qu'on est vraiment le... Des fois j'ai aussi déjà entendu des patients dire qu'on était leur seule famille. Donc des fois ils sont vraiment accrochés. Des fois c'est pas bon aussi quoi. C'est chouette d'avoir un, allez un ressenti comme ça, comme quoi ils comptent vraiment sur nous et qu'on fait du chouette travail. C'est toujours agréable de l'entendre. Mais après, c'est sûr que de leur côté, c'est pas toujours bon d'avoir un lien » (XII, l. 79-86).* L'autre par contre, considère que le lien ne pose absolument aucun problème. A la question de savoir s'il peut rendre la réorientation plus difficile, il répond : *« Moi je n'ai pas cette impression. Arriver à consolider du lien avec quelqu'un, surtout dans les conditions dans lesquelles les personnes arrivent ici, c'est génial. (...) Non, on n'a pas ce problème-là ici. J'ai pas de difficulté à pouvoir expliquer à moment donné aussi à la personne en disant voilà ' moi, je me questionne quant au sens de tes passages : ça va mieux, t'es à tel endroit'. » (XI, l. 47-56).* Selon lui, les difficultés de réorientation sont essentiellement attribuables au fait que *« le public avec lequel on travaille n'est pas un public qui a la cote » (XI, l. 66-67).*

Chapitre 3 – La collaboration comme réponse au problème de la circulation

Confronté au problème du manque de circulation des usager.e.s, le secteur trouve la solution dans les pratiques de collaboration. Ces pratiques doivent être adaptées aux spécificités du secteur, en particulier au manque de moyens financiers et à la fréquente absence de demande de soin dans le chef des usager.e.s. Le défi n'est pas mince. Le secteur le relève grâce à des pratiques de collaborations caractérisées par l'inventivité, l'adaptabilité, et une certaine dimension de « bricolage ».

Dans la première section, je présenterai quelques projets de collaborations actuels (Section 1). Ces projets ont été sélectionnés parce qu'ils sont particulièrement révélateurs des dynamiques du secteur. Des projets en cours de développement ont été privilégiés car ils font souvent mieux apparaître les éventuels points de friction que des projets établis de longue date.

Sur base de l'étude de ces projets, je ferai dans la seconde section quelques observations transversales à propos de la manière dont le secteur collabore (Section 2). Nous verrons que le secteur collabore de manière très efficace. Cette efficacité me semble être en grande partie liée au caractère « bottom up » de la construction des projets de collaboration.

Section 1 – Etude de quelques projets collaboratifs

Cette section se divise en trois chapitres regroupant les projets selon la manière dont le problème de la circulation est abordé. Le premier chapitre regroupe la collaboration visant à aider les usager.e.s qui ne circulent pas encore à circuler (Chapitre 1). Le second présente la collaboration visant à accompagner les usager.e.s qui circulent déjà, c'est à dire à assurer la continuité des soins pour des gens qui se font soigner dans une série d'endroits différents (Chapitre 2). Le dernier traite de la stratégie qui vise à contourner le problème de la circulation en regroupant tous les services dans un centre intégré : plus de nécessité de circuler lorsqu'on peut avoir accès à tout dans la même institution (Chapitre 3).

Paragraphe 1 – Collaboration visant à aider les usager.e.s à circuler

Dans ce chapitre, nous commençons par étudier comment se présente la collaboration quotidienne visant à aider les usager.e.s à circuler : orientations et accompagnements habituels (Paragraphe 1). Nous verrons que cette collaboration a le plus souvent un caractère informel et spontané. Bien que ce système fonctionne harmonieusement, il ne suffit pas à résoudre le problème de circulation (Paragraphe 2). C'est pourquoi les professionnel.le.s développent des projets collaboratifs

spécifiques et plus formalisés, visant à faciliter plus encore la circulation. Nous en étudierons trois : le projet boule-de-neige (Paragraphe 3), le projet dit « mini comptoir » (Paragraphe 4) et le projet dit « hépatite C » (Paragraphe 5).

§1 – La collaboration au quotidien

Au quotidien, les travailleurs.euses tentent d'orienter les usager.e.s vers d'autres institutions, soit parce que celles-ci sont susceptibles de leur offrir un service supplémentaire dont ils.elles ont besoin, soit simplement afin que les usager.e.s bénéficient d'un point d'accroche supplémentaire. Ce processus fonctionne bien lorsqu'il est basé sur le lien entre travailleurs.euses et usager.e.s.

Ainsi, la manière la plus efficace d'aider les usager.e.s à circuler est l'accompagnement par un.e travailleur.euse de rue. L'usager.e est alors dans le lien durant tout le processus, l'accompagnateur.trice accompagnant lors de la création de lien dans l'institution d'arrivée. La nouvelle relation a alors beaucoup plus de chance de tenir : *« Cette profession d'éducateur de rue, accompagnateur social, peu importe comme on l'appelle, elle est essentielle. Elle garantit plus de résultats sur ce qu'on discutait avant »* (XI, l. 268-269).

De même, lorsqu'un.e même travailleur.euse est engagée dans plusieurs institutions différentes, la circulation entre ces institutions en est grandement facilitée. Ce.tte travailleur.euse peut alors facilement informer le public d'une institution de l'existence de l'autre, et l'inviter à venir le.la retrouver dans l'autre. Lors de son arrivée dans la seconde institution, l'usager.e est déjà en lien avec ce.tte travailleuse, ce qui rend son intégration dans l'institution beaucoup plus aisée. A titre d'exemple, l'intervenante IX est médecin au Centre Psycho-médico-social Alpha, au Comptoir d'Echange, et au Centre Familial (IX, l. 11-14). Cette situation est fréquemment présentée par les travailleurs.euses de ces trois institutions comme un levier important afin de faciliter la circulation des usager.e.s : *« Et ici notre médecin traitant travaille aussi au Centre Psycho-médico-social Alpha. Ça facilite pas mal de choses »* (I, l. 54).

Il n'est bien sûr pas toujours possible d'avoir recours aux deux procédés présentés ci-dessus. On se repose alors sur les relations interpersonnelles liant les professionnel.le.s des différentes institutions. Ils.elles se connaissent souvent assez bien l'un l'autre. Ils se contactent directement par téléphone lorsqu'un.e usager.e doit être orienté afin d'organiser le processus. L'usager.e est donc orienté vers une personne précise dans la seconde institution, laquelle lui a déjà été présentée par le.la travailleur.euse de la première : *« Je constate que ça fonctionne beaucoup de personne à personne. Notre AS qui connaît l'AS du Centre Psycho-médico-social Alpha va la contacter directement. Ce qui fonctionne bien pour nos bénéficiaires, ce n'est pas de les envoyer vers une institution, mais de*

les envoyer vers une personne. On va voir Michel qui est au Centre Psycho-médico-social Alpha, le gars arrive, il demande Michel, il arrive pas dans un truc qu'il connaît pas. Il y a des réseaux interpersonnels entre les travailleurs qui sont assez efficaces selon moi et permettent à ces gens d'avoir accès à toute une série d'aides » (I, 47-48). Lorsque la situation le requiert, on se permet de faire des exceptions aux règles de fonctionnement habituelles de l'institution afin d'accueillir un.e usager.e envoyé.e par un.e partenaire : *« Parfois on peut la accueillir vu que c'est des institutions qui sont on va dire dans le réseau, bah des fois on peut permettre un accueil en dehors des heures »* (XII, 1. 40-41). On observe donc que des travailleurs qui se connaissent collaborent souvent efficacement pour offrir aux usager.e.s un accueil personnalisé et adapté à sa situation (nous avons vu l'importance de la question des horaires dans le bas seuil). Retenons que ce mode de collaboration est spontané, peu formalisé, et basé sur les relations interpersonnelles plutôt qu'interinstitutionnelles.

§2 – Les limites de la collaboration quotidienne

Les trois modes de collaboration développés ci-dessus ont leurs limites. En ce qui concerne le premier, la limite est financière : on manque de moyens pour engager des accompagnateurs.trices de rue. En ce qui concerne le second, la limite en est évidemment qu'il n'y en a qu'un nombre limité de travailleurs.euses engagés dans plusieurs institutions. En ce qui concerne le troisième, la limite en est qu'il ne fonctionne pas pour tous les usager.e.s : certains usager.e.s ont besoin de plus d'accompagnement que ce que ce mode de collaboration permet. C'est pourquoi les institutions sont amenées à développer une série de projets de collaboration visant à pallier à ces limitations. Il s'agit d'aller vers les usager.e.s (« out reacher »), et si possible, de les ramener vers de nouvelles institutions.

En l'absence de travailleurs.euses de rue, différents types d'acteurs.trices peuvent être mobilisé.e.s pour aller vers. Une première stratégie consiste à se reposer sur les usager.e.s eux-mêmes pour aller vers d'autres usager.e.s. C'est la stratégie utilisée lors des projets boule-de-neige. Une seconde stratégie consiste à envoyer des professionnel.le.s rencontrer les usager.e.s là où ils se trouvent. C'est la stratégie utilisée dans le partenariat « mini comptoir », ainsi que dans le projet « hépatite C ».

§3 – Le projet boule-de-neige

Dans ce paragraphe, nous aborderons tout d'abord quelques généralités à propos des opérations boule-de-neige ainsi qu'un très bref historique (§1), puis la façon dont ils sont organisés à Bruxelles (§2). Je présenterai ensuite les objectifs de la collaboration (§3), et ses modalités de

fonctionnement, en particulier la manière dont s'articulent les rôles des différentes institutions impliquées (§4). J'aborderai ensuite une question à propos de laquelle les conceptions des acteurs.trices divergent, et la manière dont cette divergence est traitée (§5). Enfin, je conclurai par quelques observations transversales (§6).

A) Les projets boule-de-neige : généralités et historique⁴⁸

Les opérations boule-de-neige sont nées à la fin des années 1980. L'approche consistait à engager des usager.e.s de drogues (les « jobistes ») rémunérés qui iraient discuter avec leurs pairs du sida et des manières de s'en protéger. Il s'agissait d'opérations de proximité visant les publics qui, n'ayant pas ou peu de contacts avec les structures de soins, étaient peu touchés par les campagnes d'information adressées au grand public. Depuis lors, le concept de boule-de-neige a été étendu à de nombreuses autres thématiques liées à l'usage de drogue comme les hépatites.

Les modalités de mise en place des projets boule-de-neige sont très variables. On retrouve néanmoins généralement les mêmes étapes fondamentales dans le projet. Tout d'abord, les jobistes sont recrutés (de diverses façons) sur base tout à fait volontaire. Ensuite, les jobistes suivent un nombre variable de séances de formation à propos de la thématique de l'opération. Souvent, des jeux de rôles sont organisés afin de préparer les rencontres sur le terrain. Les formations et jeux de rôles sont conçus sur un mode horizontal d'échange de savoir entre les jobistes et les professionnel.le.s, chacun.e ayant quelque chose à apprendre de l'autre. Une fois les formations terminées, les jobistes partent à la rencontre de leurs pairs avec un questionnaire qui sert à la fois de guide d'entretien et d'outil de récolte d'informations. Dans la rencontre, les jobistes discutent notamment des habitudes de consommation, des principes de réduction des risques en rapport avec le thème de l'opération, des institutions qui peuvent accueillir les usager.e.s qui le souhaitent, etc. Il s'agit principalement de transmettre de l'information aux usager.e.s en matière de réduction des risques, et accessoirement de collecter des données afin d'avoir un aperçu des conduites à risques des populations cachées. Ensuite, un nombre variable de séances de debriefing est organisé avec les institutions organisatrices. Les questionnaires sont alors récoltés en vue du traitement des données. Les jobistes sont rémunérés pour leur travail selon des modalités et à des moments variables.

B) boule-de-neige à Bruxelles : un projet collaboratif

Historiquement, les premières opérations boule-de-neige en Belgique francophone ont été mises en place par le Comptoir d'Echange (I, l. 155). Ce n'est pas étonnant puisque cette institution était à

48 A. GOOSDEEL, « L'opération boule-de-neige : une méthode participative pour promouvoir la réduction des risques », disponible en ligne : <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet18.pdf> (consulté le 17 avril 2019), p. 54.

l'origine un collectif d'usager.e.s et reste aujourd'hui l'institution où la tradition de collaboration avec les usager.e.s est la plus forte. Le Comptoir d'Echange a rapidement collaboré avec le Centre de Coordination RdR, qui a progressivement pris un rôle de Coordinateur de seconde ligne. D'autres institutions se sont ensuite rapidement jointes au partenariat. En effet, il est apparu que le seul Comptoir d'Echange ne pouvait toucher tous les publics souhaités. En outre, le Centre de Coordination RdR souhaitait organiser des opérations boule-de-neige relevant de thèmes plus présents dans d'autres institutions (par exemple, l'hépatite C au Centre Hépatite C, les thèmes plus médicaux dans une institution médicalisée comme le Centre Psycho-médico-social Bêta, etc.). C'est pourquoi le Centre Hépatite C, le Centre Psycho-médico-social Bêta et le Centre d'hébergement de crise ont rejoint le partenariat : « *L'idée est aussi de croiser des savoirs, recruter des gens qu'on ne touche pas forcément* » (I, l. 161). Il est envisagé que le Centre Psycho-médico-social Alpha rejoigne le partenariat à l'avenir (XIII, l. 110).

C) Objectifs de la collaboration

Les projets boule-de-neige sont avant tout une réponse aux problèmes évoqués dans la seconde partie de ce travail. Il s'agit en effet d'entrer en contact avec une population cachée, ou à tout le moins avec une population qui n'a pas accès aux informations de prévention dispensées à la population générale⁴⁹. Distinguons plusieurs aspects de cet objectif :

D'une part, il s'agit de prendre acte du fait qu'une partie de la population ne se rend pas dans les institutions, ou en tous cas, pas dans les bonnes institutions pour avoir toutes les informations dont elle a besoin. On répond ici au problème non pas en tentant d'amener la personne vers l'institution, mais bien en amenant l'information dont elle a besoin vers la personne. On retrouve ici la philosophie de l'outreaching : puisque les gens ne sont pas là, il faut aller vers eux. En outre, comme ce sont des usager.e.s jobistes et non des professionnel.le.s qui accomplissent l'outreaching, on évite d'imposer aux usager.e.s rencontrés une rencontre institutionnelle qui leur est parfois insupportable⁵⁰. Bref, on résout ici le problème de la circulation non pas en faisant circuler les usager.e.s, mais en circulant à leur place.

Mais d'autre part, il s'agit de faciliter la circulation des usager.e.s en leur faisant connaître les institutions (II, l. 127 et s.). En effet, lors de leur formation, les jobistes sont amenés à visiter les locaux et rencontrer le personnel de différentes institutions. A cette occasion, ils peuvent poser des

49 A propos du travail avec les populations cachées en général, le lecteur est invité à se référer à NIAD, « Illegal drug use – research methods for hidden populations », *Proceedings invited expert meeting*, 29-30 octobre 1992, Rotterdam.

50 A. GOOSDEEL, « L'opération boule-de-neige : une méthode participative pour promouvoir la réduction des risques », disponible en ligne : <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet18.pdf> (consulté le 17 avril 2019), p. 5.

questions à propos des institutions qu'ils découvrent et éventuellement commencer à créer du lien avec leurs travailleurs.euses. L'idée est bien sûr qu'une fois familiarisés avec le institutions, les jobistes puissent en parler aux usager.e.s qu'ils rencontrent. Selon une interlocutrice responsable du projet boule-de-neige pour le Comptoir d'Echange, les jobistes sont souvent très intéressés par la découverte des nouvelles institutions, ce qui semble indiquer que cette dimension du projet fonctionne assez bien : « *Mais ça n'empêche que très souvent il y a des questions du coup sur « telle personne travaille à tel endroit, qu'est-ce que vous faites ? Est-ce qu'on peut y aller ? Qu'est-ce que vous proposez ? ».* Ça oui, à chaque fois » (II, l. 134-136). Ici, on ne tente plus de circuler à la place des usager.e.s, mais bien de les aider à circuler eux-mêmes. Notons qu'il est difficile d'évaluer l'efficacité des projets boule-de-neige à cet égard. Il n'y a en effet pas de possibilité d'évaluer quelle proportion des usager.e.s rencontrées lors des opérations se rendent effectivement dans les institutions dont on leur a parlé car les questionnaires boule-de-neige sont anonymes (XIII, l. 277-381).

A un autre niveau encore, les projets boule-de-neige permettent de renforcer les relations entre les professionnel.le.s des différentes institutions dont nous avons vu qu'elles sont fondamentales dans la collaboration quotidienne. Les professionnel.le.s sont en effet amenés dans le cadre de l'organisation des projets et des séances de formation à se rencontrer l'un l'autre, à se rendre dans les locaux d'autres institutions, et à apprendre à se connaître : « *L'idée le plus, c'est déjà de connaître les différents institutions, comme ça on sait vraiment concrètement qui fait quoi et comment (...) Donc c'est vraiment ça le plus, c'est de faire un peu son réseau, de connaître les personnes, et de pouvoir les appeler si besoin* » (II, l. 36-41).

Au vu de ces trois objectifs, la collaboration de nombreuses institutions est avantageuse. Elle permet tout d'abord d'améliorer la couverture géographique et humaine de l'opération en touchant le public le plus large possible⁵¹. On sait en effet que comme tous les usager.e.s ne circulent pas beaucoup, si on recrute toujours les jobistes parmi le public de la même institution, on risque de ne pas atteindre des segments de la population se rendant plutôt dans une autre. Un intervenant du Comptoir d'Echange me raconte en ce sens : « *Puis à un moment donné, on s'est rendu compte que ce serait intéressant de bosser aussi avec d'autres acteurs qui sont dans le soin alors que si on se limite au comptoir d'échange on ne va pas toucher tout le monde* » (II, l. 156-158). Elle permet en outre de présenter aux jobistes les travailleurs et locaux de nombreuses institutions différentes afin qu'ils acquièrent une bonne connaissance du réseau et puissent la partager avec les usager.e.s rencontré.e.s. Enfin, elle permet aux professionnel.le.s qui l'organisent de rencontrer les

51 A. GOOSDEEL, G. HARIGA, D. THEYS, « boule-de-neige : manuel de méthodologie », disponible en ligne http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/d_FRbouledeneige_96838.pdf (consulté le 18 avril 2019).

professionnels de nombreuses autres institutions.

D) Fonctionnement de la collaboration

Si la collaboration de nombreuses institutions est avantageuse, elle pourrait néanmoins poser toute sorte de difficultés. C'est pourquoi les institutions ont développé un système qui leur permet de travailler ensemble en minimisant les frictions. Ce système repose sur la différenciation des rôles entre le Centre de Coordination RdR d'une part, et les autres institutions participantes d'autre part. Dans cette section, j'examine ces différents rôles et la manière dont ils s'articulent.

Le Centre de Coordination RdR est l'institution officiellement mandatée et subsidiée pour le projet. Elle joue un rôle de seconde ligne. Cela signifie que ses travailleurs.euses ne sont pas en contact direct avec les usager.e.s. C'est par contre elle qui coordonne les activités. Pour la clarté du propos, je propose d'identifier trois aspects liés de ce rôle de coordination :

Tout d'abord, l'institution se perçoit comme la gardienne de « *la philosophie et les valeurs prônées par le projet* » (XIII, l. 144). Il s'agit de maintenir un certain fil conducteur, tout en laissant aux institutions partenaires la liberté d'adapter le projet à leurs réalités : « *Il est vraiment important que chacun réadapte le concept boule-de-neige à ses propres réalités. Mais il est indispensable, pour qu'un projet tienne à long terme, qu'il soit cohérent pour tout le monde, qu'il y ait vraiment une ligne directrice en termes de valeurs* » (XIII, l. 146-149).

Ensuite, l'institution se donne pour mission de centraliser une partie de la logistique. Cette mission est d'abord présentée par mon interlocutrice comme ayant pour but de gagner en efficacité : « *pour un gain de temps méthodologique, financier, matériel, modus centralise une partie de toute ça et apporte un soutien aux différents partenaires* » (XIII, l. 149-151). Cependant, il apparaît au cours de l'entretien qu'il s'agit toujours de maintenir un fil conducteur cohérent dans un projet organisé par de nombreux partenaires. Ainsi, c'est le Centre de Coordination RdR qui développe des outils communs aux institutions participantes (comme le questionnaire d'entretien et les brochures utilisés par les jobistes) dans le but de gagner en temps, mais surtout de gagner en cohérence : « *Durant tout ce processus, donc on souhaite synchroniser un maximum les outils pour passer les infos de manière assez cohérente* » (XIII, l. 182-183). De même, le Centre de Coordination souhaite désormais mettre à disposition un local dédié aux opérations boule-de-neige. Il s'agit ici non pas de gagner du temps, mais de permettre aux usager.e.s de percevoir le projet boule-de-neige comme quelque chose de centralisé plutôt que de déstructuré : « *Et donc on s'est arrangé pour pas que les usagers doivent aller une fois au Comptoir d'Echange, une fois au Centre Psycho-médico-social Bêta, parce que généralement ils ont un contexte déjà fort déstructuré. Donc au moins identifier un*

endroit fixe, c'est déjà beaucoup mieux. En tous cas d'avoir un local unique, c'est déjà ça » (XIII, l. 130-133).

Enfin, l'institution se donne pour mission d'offrir un espace et un cadre où les institutions participantes puissent aborder leurs divergences de points de vue. Il s'agit soit de proposer de nouveaux sujets de débats qui selon le Centre de Coordination doivent être abordés, soit de s'attaquer à des divergences qui existent déjà et doivent être explorées. Le but n'est pas d'arriver à un consensus, mais de clarifier la situation, et d'arriver à une trame commune qui permette d'avancer. Mais c'est quelque chose qu'on va attaquer là en 2017 aussi dans les premiers débats, en disant : *« Donc voilà, c'est essayer de synchroniser tout le monde pour entendre les difficultés et les avantages de chacun là-dedans. Dire qu'on fait des compromis, mais quelle trame on prend par rapport à ça. C'est pour ça que c'est intéressant qu'on clarifie la question, tout simplement » (XIII, l. 222-225).*

Les autres institutions participantes, quant à elles, ont pour rôle de mettre les projets en place sur le terrain. Elles remplissent cette fonction de manière très autonome, en se reposant sur les réseaux interpersonnels des travailleurs.euses : *« Donc avec ces quatre-là, il y a une répartition en fonction de leurs emplois du temps. Ils vont s'organiser soit en collaborant entre deux ou trois institutions, parfois les quatre. (...) Donc eux en tous cas fonctionnent en se regroupant comme ça, ils se connaissent du secteur, et c'est les animateurs opérateurs spécial boule-de-neige qui se contactent entre eux et s'organisent de manière le plus autonome possible » (XIII, l. 110-120).* Chacun se réapproprie le projet, notamment en adoptant un mode de recrutement des jobistes qui lui est propre (XIII, l. 323), en organisant des types de formations adaptés à son public (XIII, l. 270-282), ou encore en adoptant des modalités de rémunération des jobistes (XIII, l. 342-343).

La relation entre le Centre de Coordination RdR et les autres institutions n'est pas pensée comme une hiérarchie. Au contraire, les institutions sont associées à chaque étape de développement des projets et gardent la liberté la plus grande possible dans la mise en place concrète des actions. Le Centre de Coordination RdR est là pour faciliter la collaboration par le maintien d'un minimum de cohérence, pas pour imposer des solutions : *« Mais donc on est vraiment là en termes de soutien, on essaye de travailler à fond la collaboration et l'aspect participatif pour ne pas imposer des choses. Et c'est comme ça qu'on est dans cette optique pour les trente ans de réentendre tout ce que les collaborateurs, partenaires, puissent se faire entendre dans toutes les critiques et les points positifs et qu'on fasse une mise à jour de ce concept-là. Pour prendre vraiment les réalités de tout le monde, on fait un bon mixe, pour faire maintenant qu'on a entendu on voit ce qui est réalisable, on se fait un fil conducteur, et que ce fil conducteur maintienne une cohérence chez tout le monde »*

(XIII, l. 151-157). Chaque institution doit être respectée dans sa spécificité. L'horizontalité de la relation entre les institutions est ici comparée à l'horizontalité de la relation entre professionnel.le.s et usager.e.s qui est fondamentale dans le champ de la réduction des risques : *« Pas plus que nous ne cherchons à 'convertir' les usagers de drogues, nous ne cherchons pas (sic) à changer ou à transformer les institutions. Il est donc très important de pouvoir accepter une collaboration limitée, de prendre chacun là où il en est dans son cheminement et de ne pas avoir des attentes exagérées à son égard »*⁵².

Le travail de synchronisation et de soutien du Centre de Coordination RdR semble être très bien perçu par les institutions participantes. Ainsi, selon mon interlocutrice du Centre de Coordination RdR, les institutions participantes ont conscience de la nécessité d'avoir un trame commune et se tournent volontiers vers le Centre de Coordination RdR lorsque celle-ci leur semble manquer. Elle relève notamment que *« Moi j'ai, quand je suis arrivée en 2016, j'avais justement un ressenti qu'il y avait beaucoup de critiques, mais peut-être qui avaient manqué d'écoute et d'opérationnalisation. Et c'est ça que ça tombait trop bien parce que c'est un des opérateurs qui m'a dit : 'Tiens l'année prochaine, c'est les 30 ans du concept, on ferait pas un bilan ?'. Ok, bah tac, on essaye d'abonder dans leur sens et de faire ce qu'ils demandent »* (XIII, l. 298-302). C'est effectivement le discours des intervenants des institutions participantes. Ainsi, une travailleuse du Comptoir d'Echange considère que le travail de coordination fonctionne bien puisque les partenaires ont des objectifs cohérents. Elle perçoit le Centre de Coordination comme un soutien, et considère que son institution dispose de toute la liberté nécessaire dans la mise en place du projet. L'expérience de collaboration lui semble au total très positive. Elle déclare en ce sens : *« Depuis cinq ans que je le fais, je vois qu'à peu près les objectifs sont similaires pour chacun. Bon la façon de les mettre en place peut différer un petit peu, mais l'objectif reste semblable : diffuser l'information aux usagers pour que eux puissent avoir la bonne info, mais surtout après la transmettre après à leurs partenaires de consommation. Ça pour moi c'est assez commun. Et au niveau du Centre de Coordination RdR qui coordonne le projet, qui est vraiment un centre d'appui pour nous, et qui nous laisse totalement carte blanche, je pense que c'est aussi la même idée. Il n'y a jamais eu de couac depuis que je le fais »* (II, l. 44-50).

E) Gestion des divergences de point de vue

Ce mode de fonctionnement permet au secteur de travailler efficacement malgré quelques divergences de point de vue assez importantes. J'en aborde un exemple représentatif dans cette

⁵² A. GOOSDEEL, G. HARIGA, D. THEYS, « boule-de-neige : manuel de méthodologie », disponible en ligne http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/d_FRbouledeneige_96838.pdf (consulté le 18 avril 2019), p. 53.

section : la question de la distribution de matériel d'injection par les jobistes.

Les intervenant.e.s sont tous d'accord pour affirmer que la distribution de matériel d'injection par les jobistes serait illégale, seuls les professionnel.le.s étant autorisés par la loi à en distribuer⁵³. Ils sont également tous d'avis qu'il serait souhaitable que les jobistes puissent en distribuer : *« Parce que dans le boule-de-neige rue, dans leur sac à dos, ils ont des brochures, mais pas de matériel. Et donc quid de la RdR ? Dans quelle mesure est-ce qu'elle intervient ? On va dire qu'il faut pas utiliser du matériel usagé, oui mais 'j'en ai pas, et je ne sais pas m'en procurer'. Donc là, l'info va être de diriger vers des institutions qui peuvent en distribuer, mais on ne sait pas en donner tout de suite. Donc ça pose pas mal de questions »* (XIII, 1. 204-209). La question se pose donc de savoir s'il faut en faire distribuer bien que ce soit illégal. Les positions des différents intervenants sont ici très divergentes.

Au Centre de Coordination RdR, on a tendance à penser que faire de la désobéissance civile est souhaitable, la RdR ayant toujours progressé de cette manière-là : *« La naissance de la réduction des risques est venue par cette forme de militantisme et de désobéissance civile. C'est ça qui fait que certaines personnes ont pris des risques. Il fallait tenter l'expérience pour se rendre compte que c'était intéressant et pertinent. Donc il fallait sortir du contexte de la loi pour se rendre compte qu'en fait il fallait le faire. Donc pareil, là quelle ligne on suit ? Est-ce qu'aussi on va outre la loi pour montrer que oui c'est pertinent, et donc là il faut évaluer tout ça ? »* (XIII, 1. 230-235). Au Centre Psycho-médico-social Bêta par contre, on a tendance à trouver qu'il ne faut pas adopter cette pratique avant que la loi ait changé. On risquerait en effet ce faisant de s'aliéner le monde politique et de ralentir ainsi les progrès légaux en matière de réduction des risques. Un intervenant y déclare à propos d'une question semblable : *« Et donc, on ne peut pas mettre en péril pour un champ exploratoire comme celui-là, l'ensemble de l'outil. On doit faire un choix entre continuer à pérenniser l'offre pour le plus grand nombre et renoncer à aider les consommateurs en injection. Mais les cadres pourraient changer au niveau légal »* (IV, 1. 174-177). Un.e intervenant.e du Comptoir d'Echange trouve quant à elle que la décision doit revenir plutôt aux jobistes qu'aux institutions : *« Donc pour tous ces projets qui sont un peu entre deux chaises, je trouve que le plus important est d'expliquer à la personne le contexte légal aujourd'hui, de dire ' voilà ce que nous on a envie, est-ce que tu prends le risque, oui ou non ? '. Et si la personne dit non, c'est tout à fait son droit. Puisque nul n'est sensé ignorer la loi, et donc on peut pas obliger quelqu'un à faire quelque chose d'illégal. Mais si après de lui-même il prend l'initiative, prend les risques qui vont avec, pourquoi pas ? C'est son choix aussi. Ça peut peut-être effectivement amener à une modification*

53 La question de savoir si ce l'est réellement n'est pas pertinente dans le cadre de ce travail...

des législations en cours. Mais je trouve qu'il faut laisser le choix à la personne. C'est pas à moi travailleuse, ou à une institution à imposer aux personnes » (II, l. 59-66).

Ces divergences ne semblent pas empêcher les institutions de travailler ensemble sur tous les autres aspects des projets boule-de-neige. Aucun.e professionnel.le ne présente cette divergence comme un réel obstacle, ni même comme quelque chose de négatif. La question est généralement abordée comme un point à travailler. Pour ce faire, on compte sur le Centre de Coordination afin d'encadrer le travail de réflexion et tenter de déterminer *« comment est-ce qu'on se repositionne sachant que nos différents collaborateurs ont des visions différentes ? »* (XIII, l. 217-218). Pour l'instant, il semble qu'aucun jobiste n'ait été équipé de matériel d'injection, aucune institution ne souhaitant se lancer avant que le débat n'ait été mené et les positions de chacun clarifiées.

On observe donc qu'en cas de divergences sur un sujet nouveau, la collaboration sur le reste du projet n'en est pas affectée. Les divergences sont ensuite discutées entre institutions, chacun attendant les conclusions de la discussion avant d'agir afin de maintenir la cohésion du projet.

F) Conclusion

Les projets boule-de-neige sont un exemple remarquable de collaboration efficace entre cinq institutions différentes. Plusieurs éléments peuvent être évoqués pour expliquer le succès de cette collaboration. Tout d'abord, les institutions partagent un socle de conceptions relativement similaires à propos du bas seuil et de la réduction des risques. Ainsi, toutes sont d'accord sur l'idée qu'il serait bon d'équiper les jobistes de matériel d'injection. Le désaccord ne surgit qu'en aval, lorsqu'il s'agit de déterminer comment se positionner dans le cadre légal actuel. Ensuite, toutes se sentent concernées par le problème de la circulation des usager.e.s et perçoivent les projets boule-de-neige comme une manière adéquate d'y répondre. Ainsi, aucun.e intervenant.e ne remet en question l'utilité du projet, ni ne se plaint de devoir y consacrer de l'énergie. Bien au contraire, il est toujours présenté avec enthousiasme. De plus, les professionnel.le.s trouvent utile de se rencontrer l'un l'autre. Il est frappant de constater que dans les entretiens, tout espace de rencontre potentiel entre professionnel.le.s du bas seuil est présenté sous un jour positif. Le projet boule-de-neige ne fait pas exception. Enfin, le Centre de Coordination RdR semble réussir le difficile exercice de fédérer les institutions autour d'un projet cohérent tout en leur conservant leur liberté. Les institutions sont associées à chaque étape de la construction du projet et n'ont pas le sentiment de se le voir imposer. L'ensemble de ces éléments permet une collaboration efficace et dynamique. La coordinatrice du projet conclut en ce sens : *« Pour l'instant en tous cas, ça se passe vraiment super bien parce que justement 2017 a été une année d'innovation. On a retravaillé le questionnaire qui a*

évolué endéans l'année. Donc dès qu'il y avait des choses qui se disaient par rapport à ce questionnaire, je les ai modifiées. Et donc, c'était de se dire : ' cette année on fait un peu d'excès de zèle, chacun s'approprie le concept un peu comme il l'entend, mais avec quand même un fil conducteur commun '. Mais donc là, ça s'est bien passé parce qu'ils ont pu justement explorer des choses qu'ils avaient envie » (XIII, l. 257-263).

§4 – Le projet « mini comptoir »

Après avoir brièvement présenté en quoi consiste le projet (§1), j'en aborderai les origines (§2), les objectifs (§3) et les fonctionnement (§4) avant de conclure (§5).

A) Nature de la collaboration

Dans le cadre de ce partenariat nouveau, deux travailleurs du Comptoir d'Echange se rendent une après-midi par semaine au Centre Psycho-médico-social Alpha où ils installent un petit comptoir d'échange (VII, l. 95).

B) Origines de la collaboration

Les professionnel.le.s des deux institutions ont constaté dans le cadre de la collaboration quotidienne que la circulation entre leurs institutions était facilitée par la présence d'un médecin travaillant dans les deux institutions. Un intervenant du Comptoir d'Echange raconte en ce sens : *« Et on a remarqué que les gars arrivaient ici, demandaient un traitement au médecin, et il disait que c'était pas possible mais qu'on ferait ça le lendemain au Centre Psycho-médico-social Alpha. Et donc, on a vu qu'en ayant un travailleur du Centre Psycho-médico-social Alpha avec une casquette Comptoir d'Echange, ça facilitait les choses » (I, l. 147-151).* Le discours est le même au Centre Psycho-médico-social Alpha : *« Et on en vient à parler de ça, et il dit que le fait que ce médecin soit chez eux est vraiment une plus-value dans les informations et même dans l'itinéraire de nos patients. Depuis que ce médecin est là on voit des gens du Centre Psycho-médico-social Alpha débarquer chez nous. Et inversement, ce médecin là-bas met parfois le relais avec le Centre Psycho-médico-social Alpha, parce qu'on est deux services différents mais complémentaires » (VII, l. 101-105).*

Cette constatation faite, les professionnel.le.s ont eu envie d'aller plus loin. Plutôt que de se reposer sur ce seul médecin, ils ont souhaité mettre en place un système plus durable et plus efficace : *« Et avec ça, on se dit qu'on devrait vraiment pousser cette réflexion, en tous cas ce schéma jusqu'au bout, et internaliser aussi un peu le service du Comptoir d'Echange chez nous » (VII, l. 105-106).*

C) Objectifs de la collaboration

On pourrait s'attendre à ce que l'objectif principal de l'installation d'un comptoir d'échange au Centre Psycho-médico-social Alpha soit d'offrir un service d'échange de seringues aux usager.e.s qui le fréquentent, et ne fréquentent peut-être pas le Comptoir d'Echange. Or ce n'est pas l'objectif principal. Il semble en effet que cela fonctionne assez peu, les usager.e.s demandant rarement du matériel au comptoir d'échange internalisé. Cela peut s'expliquer par le fait que l'échange de seringues n'est pas compatible avec l'image que les usager.e.s souhaitent donner d'eux-mêmes au Centre Psycho-médico-social Alpha. Un intervenant du Comptoir d'Echange me donne un exemple d'un tel cas : « *Alors c'est marrant, comme on parlait des rôles joués, la première fois qu'on a va au Centre Psycho-médico-social Alpha, un type qui vient et demande ce qu'on fait. Il dit qu'il ne consomme plus et ne prend pas de matos. Et le soir-même, le gars arrive (au Comptoir d'Echange), et prend du matos* » (I, l. 137-138).

L'objectif premier est en réalité de permettre aux usager.e.s du Centre Psycho-médico-social Alpha de construire du lien avec les travailleurs.euses détachés par le Comptoir d'Echange afin de faciliter leur circulation vers cette seconde institution : « *Autre chose, ça nous permet nous, et ça c'est vraiment dans l'ADN du Comptoir d'Echange puisqu'à la base on était exclusivement des travailleurs de rue, et donc on est toujours dans cette démarche d'aller-vers. A moment donné, faire une accroche au Centre Psycho-médico-social Alpha. (...) Tu vois, donc c'est aussi de se faire connaître, d'ouvrir d'autres espaces. Donc ça c'est vraiment une plus-value intéressante* » (I, l. 135-141). La vision est similaire au Centre Psycho-médico-social Alpha qui présente explicitement le projet comme une manière de pallier le déficit de travailleurs.euses de rue : « *Le fait d'internaliser ce service, ça répond au déficit aussi quelque part de travailleurs de rue et d'accompagnateurs. Pour l'instant, la scène tox, mais pas que la scène tox, dans les services sociaux on se rend compte de plus en plus qu'accompagner les gens en fait d'un point X à un point Y, ça a une plus-value, ça donne des résultats, parce que les gens se perdent sur leur chemin quoi. C'est difficile parfois de prendre le métro, d'arriver, de trouver l'adresse, de se présenter, de franchir la porte, tout ça est compliqué. Bon bref, maintenant on n'a pas énormément de budget pour payer des éducateurs, des travailleurs sociaux pour faire ce job-là. Et donc quelque part, pour essayer de trouver un système qui peut combler un peu ce manque, c'est de faire des relais dans les services au moins, si c'est pas de les accompagner dans la rue, c'est de leur montrer que ça existe en les amenant chez nous quoi. C'est pas parfait, mais ça essaye de répondre un peu euh à ce problème-là quelque part* » (VII, l. 111-121).

Un objectif secondaire est de permettre la rencontre et l'échange de savoirs entre les

travailleurs.euses des deux institutions : *« Pour nous c'est de se rapprocher des pratiques de collègues du secteur. (...) il y avait vraiment un intérêt du côté du partage des différentes approches qu'on peut avoir. Je considère que toute collaboration, si elle se fait dans le respect mutuel des actions de chacun, est intéressante pour le patient, pour le secteur »* (I, l. 133-144).

D) Fonctionnement de la collaboration

Lors de mon entretien, cette collaboration n'avait encore été mise en place que depuis un mois et demi. A ce stade elle est très peu formalisée, les pratiques étant modifiées spontanément en fonction des interactions des professionnel.le.s des deux structures : *« Et on vient de changer de stratégie. Vendredi passé ils ont bougé de place le comptoir et l'ont mis dans la salle d'accueil. Ils l'avaient mis dans le local juste à côté, et en termes de visibilité, c'était peut être moins bon, moins visible. Et donc là apparemment, mes collègues leur ont proposé de se mettre vraiment dans la salle d'accueil, et ça a beaucoup mieux fonctionné. Ils ont eu beaucoup plus de contact avec les usagers, beaucoup plus de demandes »* (VII, l. 143-148). L'idée semble être d'arriver progressivement à une pratique plus stable et institutionnalisée.

E) Conclusion

Les travailleurs.euses semblent en accord parfait à propos des objectifs de la collaboration. On observe en outre que le projet est mis en place de manière plutôt spontanée et informelle à l'initiative de travailleurs qui se connaissent et conçoivent leurs pratiques comme complémentaires. Ce sont donc le partage de conceptions proches ainsi que des relations interpersonnelles solides entre les travailleurs.euses des deux institutions qui ont permis la collaboration. La dynamique est tout à fait « bottom up » : au départ de pratiques de collaborations tout à fait informelles, les travailleurs.euses institutionnalisent progressivement un mode de collaboration prévu pour durer.

§5 – Le projet « hépatite C »

Après avoir présenté en quoi consiste le projet (§1), j'en aborderai les origines (§2), les objectifs (§3) et le fonctionnement (§4) avant de conclure (§5).

A) Nature de la collaboration

Dans le cadre de cette collaboration, un travailleur du Centre Hépatite C se rend une après-midi par semaine au Centre Psycho-médico-social Alpha. Un intervenant du Centre Psycho-médico-social Alpha présente le projet de manière complète : *« Il y a une permanence qui se fait chez nous le mardi après-midi. Un des travailleurs du réseau fait des consultations dans nos lieux, il prend un*

bureau et prend rendez-vous avec le patient, et il fait la planification, le suivi, chez nous. Prendre rendez-vous avec un hépatologue, déjà faire des prises de sang tout ça, identifier quel patient aurait besoin d'un suivi, les accompagner dans des démarches, le rendez-vous peut se faire ici, et puis ils iront ensemble chez l'hépatologue ou quoi. Ils nous accompagnent aussi dans le dépistage des patients, dans les TROD là, ils nous aident, ils nous informent. C'est une collaboration, il n'est pas rare que le travailleur du Centre Hépatite C assiste aux réunions médicales quand il s'agit de la question de l'hépatite C. On internalise leur service quoi » (VII, l. 292-300).

B) Origines de la collaboration

Cette collaboration a également pour origine la constatation que la présence d'un professionnel travaillant dans les deux institutions facilitait la circulation des usager.e.s. Il s'agit en l'occurrence de l'actuel responsable du Centre Hépatite C qui explique : « Mais donc j'y ai travaillé (au Centre Psycho-médico-social Alpha) il y a plusieurs années, et j'étais mi-temps là-bas et mi-temps ici (au Centre Hépatite C). On s'apercevait que c'était déjà une plus-value que je sois dans les deux endroits parce que je pouvais faire des liens au niveau de la prise en charge des patients que je voyais au Centre Psycho-médico-social Alpha. Je les récupérais dans mon autre mi-temps au Centre Hépatite C. Quand j'ai quitté le Centre Psycho-médico-social Alpha pour travailler à temps plein ici, j'ai continué à le faire de manière plutôt collaboration classique où on s'appelle entre professionnels à propos d'un patient, on l'oriente, je vais le rencontrer là-bas ou bien le patient vient directement ici. Et donc depuis un an ou deux, on a convenu que je ferais une permanence là-bas et donc ouvrir une grille où on inscrit les patients » (X, l. 104-111).

Vu le succès de la collaboration avec le Centre Psycho-médico-social Alpha, le Centre Hépatite C a mis en place un dispositif similaire avec le Centre Psycho-médico-Social Bêta, et souhaite l'étendre au Comptoir d'Echange et au Centre d'Hébergement de Crise (X, l. 111-115).

C) Objectifs de la collaboration

L'objectif de cette collaboration est identique à celui de la précédente. Il s'agit d'aller accrocher le patient là où il se trouve afin de lui permettre d'arriver dans une autre institution : « Et pourquoi est-ce qu'on fait comme ça ? Parce qu'il y a encore un grand nombre de personnes pour qui c'est plus facile d'avoir un premier contact dans son centre de soin ou dans le comptoir d'échange. C'est dans la logique d'aller vers, l'out-reach, aller en rue rencontrer le patient, aller dans le service qu'il fréquente, aller vers lui là où il a ses lieux de socialisation pour pouvoir créer du lien, le premier contact, et ainsi après mettre le suivi en place vers l'hôpital » (X, l. 115-120).

D) Fonctionnement de la collaboration

La collaboration ne se limite pas à l'après-midi durant laquelle le travailleur du Centre Hépatite C est présent au Centre Psycho-médico-social Alpha. Les institutions collaborent à toutes les étapes du suivi hépatite C : avant le premier contact entre l'usager.e et le Centre Hépatite C, durant le suivi par le Centre Hépatite C, et le cas échéant, après le suivi si celui-ci doit s'interrompre : *« mais donc ça se fait de manière naturelle. Les partenaires connaissent bien les enjeux qu'il y a derrière la prise en charge de l'hépatite C. Donc on attend des partenaires qu'ils puissent estimer eux-mêmes si le patient est prêt ou non à engager un suivi avec nous. En général on essaye quand même quelle que soit la situation de la personne, du moment qu'elle est demandeuse de faire une démarche dans ce sens-là. Ça va être ça qui est déterminant. Si l'usager a envie de prendre des rendez-vous ou de faire quelque chose, on va se mobiliser. Et puis on va constater dans le courant du suivi que c'est difficile, que les rendez-vous sont manqués, que d'autres problèmes prennent beaucoup trop de place, des problèmes de consommation, des problèmes de logement etc. Donc là ou bien on renvoie aux partenaires qui puissent travailler ça avec le patient, ou bien on essaye également d'épauler le patient à ce niveau-là avec l'aide de partenaires »* (X., l. 173-182).

E) Conclusion

Comme à la section précédente, on observe une collaboration qui fonctionne bien grâce à un socle de conceptions similaires partagées par des gens qui se connaissent. A nouveau, la collaboration trouve son origine dans des pratiques informelles dont les travailleurs constatent qu'elles fonctionnent bien. On assiste alors à une institutionnalisation progressive des pratiques.

Paragraphe 2 – Collaboration visant à assurer la continuité des soins

Grâce aux efforts décrits dans le chapitre précédent, un certain nombre d'usager.e.s parvient à circuler de façon efficacement entre les institutions. Un nouveau défi se pose alors pour les institutions : celui d'assurer la continuité des soins pour ces usager.e.s voyageant de façon imprévisible d'une institution à l'autre. J'étudierai d'abord comment se passe la collaboration quotidienne visant à assurer la continuité des soins : transmissions habituelles d'information (Paragraphe 1). Comme cette collaboration n'est pas toujours suffisante, les acteurs.trices développent des projets collaborations visant à améliorer la continuité des soins dans des cas spécifiques. J'en étudierai un exemple représentatif : le projet « infitox » visant à assurer la continuité des soins en matière de soins de plaies (Paragraphe 2).

§1 – La collaboration au quotidien

Au quotidien, la communication des informations nécessaires au suivi des usager.e.s se fait de manière informelle et orale. Dans des cas plus rares, comme celui d'un.e usager.e qui demande son transfert durable dans une autre institution, le dossier médical complet est transmis : « *En général ça se fait de manière informelle, pas par document papier, mais par coup de fil. Et alors on note dans le dossier : 'voilà, tel patient qui était au Centre d'Hébergement de Crise n'a pas respecté le cadre et s'est fait exclure'. Donc c'est plutôt de manière informelle que vraiment avec un document ad hoc. Et donc on se téléphone, et voilà, on communique l'info. Parfois il y a des dossiers médicaux hein. Un patient qui veut être suivi au Centre Psycho-médico-social Alpha, on transfère tous les éléments médicaux* » (IV, l. 296-301).

La nécessité de transmettre des informations médicales se présente notamment chaque fois qu'un.e usager.e fait une demande d'hébergement au Centre d'Hébergement de Crise. Le Centre n'étant pas médicalisé, le traitement de substitution doit être prescrit dans une autre institution (généralement, les Centre Psycho-médico-sociaux Alpha ou Bêta). Les informations de traitement doivent être communiquées aux infirmières du Centre d'Hébergement de Crise afin qu'elles puissent en tenir compte. Ces informations médicales sont transmises de manière tout aussi informelle que les autres. Cela est possible parce que les professionnel.le.s qui s'appellent se connaissent entre eux, et qu'ils connaissent les usager.e.s concerné.e.s. A la question de savoir si les Centres Psycho-médico-sociaux demandent l'accord écrit de l'usager.e avant de transmettre les informations le concernant, une travailleuse du Centre d'Hébergement de Crise répond : « *Non, du tout. En général, on explique que voilà, la personne vient de faire une demande d'hébergement. Donc la personne sait bien qu'on va demander la confirmation du traitement. On lui demande déjà pendant l'entretien. Souvent on appelle avec la personne etc. Donc la personne le sait de toute façon. Son objectif c'est vraiment de venir, de se poser. Elle est tellement, en général, en crise, à bout que voilà, ça pose vraiment pas de problème. Jamais quoi, vraiment jamais, jamais* » (XII, l. 156-160). Aucun intervenant.e ne présente ce fonctionnement comme problématique. Au contraire, on considère généralement qu'il permet la circulation adéquate de l'information: « *Je trouve que ça circule plutôt bien en général* » (XII, l. 145).

§2 – Le projet infitox

Dans ce paragraphe, je présenterai successivement la nature du projet (§1), son origine (§2), ses objectifs (§3), et son fonctionnement (§4) avant de conclure (§5).

A) Nature du la collaboration⁵⁴

Le projet Infitox est développé par les infirmier.e.s du Centre Psycho-médico-social Alpha, du Centre psycho-médico-social Bêta, du Comptoir d'Echange et du Centre d'Hébergement de crise. Il vise à assurer le suivi cohérent des soins de plaies chez des patients qui d'un jour à l'autre se font soigner dans une institution différente. Il consiste premièrement à développer un outil commun : des fiches prévoyant pour chaque type de plaie un type de soin efficace et réaliste dans le contexte bas seuil. Il s'agit deuxièmement d'organiser la transmission des informations pertinentes d'un.e infirmier.e à l'autre à mesure que l'utilisateur voyage, tout en respectant le droit de l'utilisateur de refuser que les informations soient partagées.

B) Origines de la collaboration

Encore ici, c'est un.e professionnel.le travaillant dans deux institutions qui est à l'origine du projet, ainsi que les relations interpersonnelles entre professionnel.le.s de différentes institutions : *« C'est elle (une médecin travaillant dans les deux institutions) qui s'est rendu compte qu'il y avait des patients du Centre Psycho-médico-social Alpha qui venaient aussi au Comptoir d'Echange. Et elle voyait ces patients au Centre Psycho-médico-social Alpha venir au dispensaire me voir, et elle le voyait venir au Comptoir d'Echange voir l'infirmière aussi. Et elle s'est dit 'tiens l'infirmière du Centre Psycho-médico-social Alpha, elle l'a fait hier ce truc'. Et du coup, elle s'est dit qu'il fallait qu'il y ait un suivi. Donc je crois que l'origine du truc, c'est cette médecin qui en a parlé à l'infirmière du Comptoir d'Echange. Et cette infirmière, avec cette infirmière quand on se voit on parle de plaies parce qu'on adore ça, qui me dit 't'as déjà eu quelque chose comme ça ?'. Et on partageait vraiment nos expériences pour se donner des conseils. Et on s'est dit 'Attends, mais j'ai un patient qui a ça', ou 'moi aussi j'ai un patient qui a ça', et voilà, sans savoir au début que c'était le même patient. Comme on reste dans l'anonymat, on s'était pas rendu compte. Donc d'une coïncidence, et du point de vue extérieur de cette médecin, et du coup ça a donné naissance à ça, et on s'est dit qu'il fallait qu'on se rencontre. Donc c'est hum, et l'info du médecin et une conversation d'infirmières »* (VIII, l. 55-67).

Au moment de mon entretien, les infirmier.e.s en étaient encore au stade de l'élaboration du projet qu'ils prévoyaient de faire ensuite valider par leurs directions: *« Donc pour le moment on est encore dans la dynamique, ce qu'on attend c'est de terminer nos outils pour pouvoir les présenter à la direction, les faire approuver pour pouvoir les mettre en service entre guillemets »* (VIII, l. 83-85).

⁵⁴ L'ensemble de l'alinéa est basé sur l'entretien VIII.

C) Objectifs de la collaboration

Nous l'avions vu, abaisser le seuil pour les entrants n'est pas synonyme d'abaisser la qualité des soins. Bien au contraire, il s'agit d'« *assurer une accessibilité la plus maximale, avec une qualité en termes de prise en charge qui soit optimale* » (XI, l. 49-50). C'est bien cette conception qui motive professionnel.le.s à développer le projet Infitox : « *Donc voilà, c'est pas parce qu'on est dans du bas seuil, que ces gens n'ont pas le droit de recevoir des soins de qualité et d'avoir un suivi* » (VIII, l. 48-49). La notion de qualité des soins est en l'occurrence intimement liée à celle de continuité des soins : « *comment assurer la continuité des soins ? Parce que finalement c'est aussi ça. C'est qu'est-ce qu'on échange, comment et avec qui ?* » (II, l. 220-221).

Offrir des soins de plaies de qualité n'était pas possible en l'absence de coordination entre les infirmier.e.s car « *les infirmiers selon leur parcours professionnel, leur formation, n'ont pas tous forcément la même façon de travailler. Surtout d'une structure à l'autre, on a pas les mêmes moyens et les mêmes pansements et produits* » (VIII, l. 7-8). Or, « *si on change à chaque coup, on arrête le processus du cicatrisation* » (VIII, l. 37-38). Pour toutes ces raisons, « *c'était dommage de pas avoir un chouette suivi des soins entre tous ces patients* » (VIII, l. 10), et les infirmier.e.s ont résolu de mettre en place un projet visant permettre le suivi des soins.

Par ailleurs, comme tous les projets que nous avons abordés jusqu'à présent, Infitox a comme objectif secondaire de renforcer les relations interpersonnelles entre professionnel.le.s des différents institutions. Les réunions sont perçues comme une occasion de découvrir les autres institutions et d'apprendre à connaître les autres infirmier.e.s : « *On essaye de changer chaque fois de structure pour que chacun accueille les autres. Ça c'est bien, et on connaît mieux nos collègues, et quand on connaît nos collègues, ah bah je pense qu'on peut faire un travail de qualité* » (VIII, l. 51-53).

D) Fonctionnement de la collaboration

Afin d'améliorer la qualité des soins, il est tout d'abord nécessaire de développer un outil commun adapté aux spécificités du secteur : « *Alors ça se serait vraiment quelque chose de très ciblé sur les usagers de drogue par injection. Donc ces plaies-là, comment on les soigne ? Qu'est-ce qu'on y fait ? Et comment on assure le suivi de ces plaies ?* » (VIII, l. 15-17). Les outils existants sont en effet jugés inadéquats parce qu'ils ne tiennent pas compte des réalités du bas seuil, en particulier des faibles moyens des institutions. Ces outils peuvent servir de point de départ, mais doivent être transformés : « *Ça existe déjà ce genre d'outils, mais c'est des outils fabriqués par les sociétés pharmaceutiques qui nous disent 'voilà, sur telle plaie, vous mettez tel pansement', sauf que c'est des pansements qui aujourd'hui coûtent cher. Ils sont hyper efficaces, on est d'accord, sauf que nous on n'y a pas accès, et nos patients, ils y ont encore moins accès. (...) alors on part sur la belle*

fiche des labos pharmaceutiques 'quel beau pansement pour telle plaie ?', et nous on fait notre fiche 'quel pansement cheap pour telle plaie ?'. Low-cost, mais efficace. C'est pas parce que c'est low-cost qu'on ne doit pas faire quelque chose de bonne qualité » (VIII, l. 20-31). On retrouve ici les dimensions de bricolage et de créativité si souvent présentes dans le bas seuil. Toute sorte de solutions innovantes sont dégagées pour pallier le manque de moyens : « Par exemple, pour aider à la cicatrisation, on opte pour mettre du miel. C'est moins cher, c'est accessible, du miel de thym, ça aide à la cicatrisation » (VIII, l. 33-34).

Il faut ensuite prévoir la transmission d'information. Une fiche pouvant être transmise aux autres institutions en donc en cours de développement : « *Donc vraiment on dessine un bonhomme pour voir à quel endroit y a des pansements à faire. Et puis on écrit à chaque endroit ce qu'on y a fait : j'ai mis tel produit, tel produit, tel pansement, c'est dans tel état, c'est encore en cicatrisation, c'est limite en infection...* » (VIII, l. 41-44). Les professionnel.le.s insistent ici sur l'importance du consentement de l'usager.e. Ils.elles sont sensibles au fait que les usager.e.s ne jouent pas toujours les mêmes rôles dans toutes les institutions et que cela doit être respecté : « *Et ils racontent pas les même chose des deux côtés. C'est pour ça que c'est avec l'accord du patient. Si il veut pas, bah voilà. Si à moi, il m'a jamais dit qu'il allait au Comptoir d'Echange, bah on fait pas. On respecte la limite du patient. Et là, ça s'est trouvé la dernière fois, que celui qui m'a dit qu'il allait au Comptoir d'Echange ramasser les seringues, bah il me l'a dit, je saute sur l'occasion. Mais si il me dit qu'il viendra pas me voir et que je sais qu'il va au Comptoir d'Echange, bah voilà, on respecte aussi le choix du patient. Si il veut pas, il veut pas. On peut pas le forcer. Si il veut pas que je transmette les informations, on le fait pas, mais si il est OK » (VIII, l. 92-98). Il est intéressant de noter que le consentement des usager.e.s à la transmission des informations ne faisait pas l'objet de beaucoup de réflexion dans le cadre de la collaboration quotidienne. Par contre, au cours de la formalisation des pratiques nécessaire pour la mise en place de la collaboration Infitox, le sujet semble être rapidement apparu comme central. Cela est peut-être dû au fait que les informations sont échangées oralement dans le cadre de la collaboration quotidienne alors qu'elles sont échangées sur base d'un document écrit dans le cadre d'infitox. On peut imaginer que l'écrit a peut-être plus de poids. Cela n'apparaît pas clairement dans les entretiens.*

E) Conclusion

A nouveau, les professionnel.le.s évoquent le fait qu'ils se connaissent pour expliquer la naissance du projet : « *Et c'est vrai que moi je connais très bien une infirmière du Comptoir d'Echange parce que ça a été mon ancienne collègue notamment » (VIII, l. 11-12). On voit de nouveau que c'est dans le cadre de ces relations que les idées germent, qu'elles sont ensuite développées par les*

travailleurs.euses de terrain, qui les font remonter vers la direction.

Paragraphe 3 – Collaboration visant à contourner le problème de la circulation : la mise en place d'un centre intégré

Dans ce chapitre, je commencerai par présenter la nature du projet (Paragraphe 1) et les objectifs que lui donnent les institutions qui l'organisent (Paragraphe 2). Je montrerai que malgré des conceptions parfois très divergentes à propos de questions fondamentales, le secteur parvient à avancer sans difficulté (Paragraphe 3). Enfin, je proposerai une brève conclusion (Paragraphe 4).

§1 – Nature de la collaboration

Le centre intégré n'est encore qu'un projet, les acteurs.trices ne s'en font généralement pas une idée très précise, sinon qu'il sera organisé par le Centre d'Hébergement de Crise en collaboration avec le Centre Psycho-médico-social Bêta et Médecins du Monde, et qu'il proposera aux usager.e.s toute une gamme de services : *« C'est-à-dire d'avoir au même endroit une gamme de services dont on constate depuis des années que nos publics n'y accèdent pas. C'est-à-dire que les femmes qu'on reçoit ici n'ont jamais été chez un gynéco parce qu'elles n'y arrivent pas, parce que ci, parce que ça. Nous on veut développer un accompagnement gynéco dans le centre. On veut pouvoir combiner du traitement méthadone, de la médecine générale, du traitement à l'héroïne pharmaceutique, un comptoir d'échange, de l'emploi, du logement »* (IV, l. 91-96).

§2 – Objectifs de la collaboration

L'évident objectif du centre intégré est de résoudre le problème de la circulation des usager.e.s en la rendant inutile, tous les services pouvant être trouvés au même endroit : *« Donc essayer de rassembler toute une série de compétences, de savoirs, d'expertises, au service d'un public qui jusque là n'accède pas, malgré tout ce qu'on a pu déployer »* (IV, l. 96-97). Selon les intervenant.e.s du Centre Psycho-médico-social Bêta, il est particulièrement utile de rassembler tous ces services sur le lieu de prescription du traitement de substitution. En effet, les usager.e.s sont souvent fort en lien avec le lieu de prescription du traitement, et sont donc plus susceptibles de recourir aux autres services s'ils sont proposés au même endroit : *« Oui, et le fait de donner de la méthadone fait quand même rétention, fin je sais pas si on peut dire ça. En tous cas, permet l'accroche plus facile avec un lieu. Et donc c'est vrai que mobiliser différents accès à autre chose dans un lieu où ils viennent recevoir leur traitement, bah ça leur permet plus facilement d'avoir cette mobilité-là, ça je pense »* (IV, l. 113-116).

Au Centre d'Hébergement de Crise qui souffre particulièrement de la saturation du secteur, on

espère également que le centre intégré pourra absorber une partie du flux : « *La perspective de voir apparaître la création d'un nouveau centre, c'est l'assurance d'une certaine manière de voir ce flux se réacheminer différemment et se réabsorber d'une certaine manière dans des sites qui sont déjà actifs maintenant* » (XI, l. 385-387).

Enfin, on retrouve toujours l'idée que la collaboration est l'occasion développer des pratiques nouvelles et créatives : « *Il y a la volonté aussi de pouvoir à un moment donné dégager des marges innovantes en termes de méthodologie de travail* » (XI, l. 393-394).

Soulignons que les institutions impliquées dans le projet n'entendent absolument pas remplacer le système actuel par le centre intégré. Il s'agit seulement d'ajouter le centre intégré à l'offre actuelle dont on ne remet pas en cause l'utilité. On considère que le centre intégré sera plutôt adapté pour des usager.e.s circulant peu, alors que le système actuel sera plutôt adapté pour les usager.e.s circulant beaucoup : « *Et à la fois, il faut garder la diversité aussi de tous les autres centres. Je pense que c'est important. Parce que les patients circulent beaucoup d'une institution à une autre, ont déjà fait des séjours ici et là. Et donc, ce qui convient pour un patient ici ne convient pas pour d'autres, et je pense que le fait d'avoir une diversité d'offre est important aussi* » (IV, l. 117-120).

§3 – Un développement efficace malgré des conceptions divergentes

Dans la discussion à propos du projet de centre intégré, les professionnel.le.s émettent des opinions parfois très divergentes (§1). Le développement du projet n'en est pourtant pas entravé (§2). Je montrerai quelles raisons permettent de l'expliquer.

A) Exemples représentatifs de points de désaccord

Pour ce travail, je traiterai de deux exemples représentatifs de points de désaccord. Le premier porte sur la question de savoir s'il est bon de rassembler RdR et soin au même endroit (A), et le second sur la question de savoir si un centre intégré est synonyme de ghettoïsation des usager.e.s (B). Je montrerai ensuite que la question du lien par contre, si présente à tous les autres stades de la réflexion, est étonnamment absente du débat (C).

1. Est-il souhaitable de rassembler RdR et soin en un même lieu ?

Si l'opposition philosophique entre RdR et soin semble avoir tout à fait disparu, on en retrouve néanmoins des traces en discutant du centre intégré. En effet, certains acteurs.trices considèrent que bien que les deux approches soient nécessaires et liées, il n'est pas toujours souhaitable de les rassembler dans le même lieu. Cela signifie en pratique qu'ils.elles ont tendance à considérer qu'il n'est pas toujours souhaitable de distribuer des seringues en grand nombre (démarche perçue

comme relevant de la RdR) dans un lieu où on prescrit également le traitement de substitution (démarche perçue relevant du soin). Ils.elles ne considèrent généralement pas que la mise en place d'un centre intégré est négative, mais insistent sur la nécessité de maintenir l'offre actuelle à côté, les offres intégrées ne convenant pas à tout le monde : *« Moi je pense que on pourra arriver à des offres de soin qui soient d'un part bien distinctes entre RdR et soin comme en gros c'est le cas pour le moment, et d'autre part des offres de soin qui sont intégrées. Et je pense que les deux modèles ont leur pertinence. (...) Par exemple, le gars qui vient chercher des seringues et qui ne veut pas du tout entendre parler de soin, qu'il puisse ne pas en parler. Idem pour le soin, que le gars ne veuille pas entendre parler du fait qu'il peut avoir des seringues etc, tout à fait »* (III, l. 370-381). Si les offres intégrées ne conviennent pas à tout le monde, c'est parce qu'elles ne permettent pas toujours aux usager.e.s de donner d'eux-mêmes l'image qu'ils souhaitent donner : *« Mais c'est important que le patient puisse donner de lui-même l'image qu'il a envie de donner. Je pense que ça c'est vraiment primordial. Il y a des patients qui ne vont pas venir ici, parce qu'ils voient les patients autres à l'accueil et qu'ils ne s'identifient pas à eux. Donc l'image qu'on peut avoir de soi-même, ou qu'on peut avoir envie de donner de soi-même, est importante. C'est aussi la dignité de la personne : si il n'a pas envie d'être vu, par exemple, comme un injecteur, bah c'est bien qu'il puisse aller chercher les seringues ailleurs »* (IX, l. 47-53).

Du côté du Centre Psycho-médico-social Bêta par contre, on considère que les approches de soin et de RdR devraient toujours être totalement intégrées dans les institutions bas seuil comme c'est le cas au Centre Psycho-médico-social Bêta (cf. Partie 1, Chapitre 3, Section 1, Paragraphe 1, §1). A la question de savoir s'il n'est pas parfois bénéfique de ne pas distribuer de seringues là où on prescrit le traitement, un intervenant me répond : *« Alors moi je pense que c'est de la grosse connerie. Donc pour moi, la RdR, ça fait partie du soin à part entière. C'est des stratégies de santé publique pour les deux. Nous ici, on a fait péter la cloison, on est les premiers à l'avoir fait sur Bruxelles. C'est-à-dire qu'ici il y a un point d'échange de seringues, on donne des feuilles, les gens peuvent prendre un traitement méthadone et des seringues dans le même mouvement, il y a une gestion par les travailleurs de ces phénomènes de consommation parce que un patient sur deux ici à l'hépatite C. On sait aujourd'hui démontrer que les approches qui combinent la méthadone et l'accès au matériel de consommation ont un réel impact sur le HIV et l'hépatite C, il y a des cohortes qui le montrent, tout le monde devrait faire comme ça en fait »* (IV, l. 66-73). Un autre intervenant affirme en ce sens : *« Moi personnellement, je pense que ça devrait être intégré partout, au vu des enjeux épidémiologiques qu'on relève »* (IV, l. 81-82). Quant à l'idée selon laquelle certains usager.e.s ne voudraient pas être confrontés au matériel d'injection, elle est perçue comme existant dans le chef

des travailleurs et non des usager.e.s : *« Maintenant, la posture de 'je veux pas mettre les mains dans l'aluminium ou dans les seringues', c'est plus une posture du côté des travailleurs. Les patients, je leur explique que 'toi tu consommes plus, c'est super, mais ici dans le centre, il y a des gars qui sont encore là-dedans'. A partir du moment où tu as une dialectique avec eux et un argumentaire et parfois une confrontation guidée, voilà, le patient peut l'entendre »* (IV, l. 82-86). S'il devait d'ailleurs exister des usager.e.s pour qui la confrontation avec du matériel d'injection était intolérable, ils.elles ne seraient pas vraiment à leur place dans le bas seuil : *« Et celui qui a pas envie du tout d'être confronté à ça, il peut trouver d'autres endroits pour se faire suivre en médecine générale alors. Je veux dire en général, si il veut plus voir de personnes qui consomment encore, c'est sûr que c'est pas dans des lieux comme ça qu'il faut venir »* (IV, l. 87-89).

2. Le centre intégré : synonyme de ghettoïsation ?

Certain.e.s craignent que la création d'un centre intégré n'entraîne une forme de ghettoïsation des usager.e.s Or selon eux, la vocation du bas seuil est justement de combattre cette ghettoïsation en tentant de faciliter la circulation des usager.e.s tant au sein du secteur que vers les soins de santé classiques : *« Ok, mais le secteur spécialisé, le secteur toxicomanie, il a justement été créé pour répondre à cette difficulté qu'avaient ces consommateurs à entrer dans le soin, l'aide sociale et l'aide liée aux drogues, et maintenant selon moi, dans une tendance qui est la suivante, c'est de dire : 'tiens puisque les structures de premières ligne ne veulent pas de ces gens, on va le faire nous-mêmes'. Donc finalement le secteur spécialisé se spécialise davantage et met en place toute une série de dispositifs pour répondre à la problématique d'accès aux soins des personnes toxicomanes. C'est super, mais en même temps je me demande dans quelle mesure on ne doit pas continuer à mettre des pieds dans la porte et continuer à collaborer avec le service de soins classiques pour que ces personnes soient acceptées dans ces soins-là. Parce que finalement, on en fait plus des citoyens comme les autres. Alors pourquoi pas avoir des centres de soins pour les personnes handicapées tant qu'on y est, pourquoi pas pour les migrants, pourquoi pas pour les vieux ? Donc finalement, on est dans une société où on a besoin à un moment donné de faire des cases. Je suis pas convaincu de cette approche »* (I, l. 20-31).

A cela, les intervenant.e.s du Centre Psycho-médico-social Bêta répondent que ce public est déjà ghettoïsé, et que cette ghettoïsation n'est pas attribuable aux stratégies du secteur bas seuil, intégrées ou non, mais bien à la prohibition et au rejet par les services de soins classiques : *« Et puis il y a un autre effet de ghettoïsation, c'est la criminalisation de la détention, de l'usage en groupe, fin c'est des produits interdits et les patients font de la prison. Donc la prohibition les marque déjà au fer, un peu comme les sans-papiers, ce sont des publics hors-la-loi. Donc nous, on estime que tant qu'il*

n'y a pas des..., tant que ces questions-là sont pas réglées, on va pas avoir l'illusion que ce sont des gens comme les autres qui peuvent avoir accès aux mêmes leviers, c'est pas vrai. Et donc on pense plutôt qu'il faut avoir des dispositifs spécifiques qui prennent en charge ces publics-là. En général, c'est botté en touche par les tenants de l'illusion de la médecine pour tous. Et donc voilà, c'est pas vrai. Les patients n'entrent pas en centre de guidance, ne sont pas pris dans certaines maisons médicales qui refusent de s'occuper de toxicos parce qu'elles disent : 'ah non, c'est trop compliqué'...'on prescrit pas de benzos'...ou 'ah non, vous prenez trop de méthadone'. Donc il y a un peu une imposture...La pharmacie qui ne veut pas délivrer la méthadone...Donc voilà, les gens ne sont pas égaux dans leur libre circulation dans le circuit de soins. En théorie, c'est pas vrai, mais en vrai, c'est pas vrai » (IV, l. 130-144).

3. La question du lien : grande absente des débats

Étonnamment absente du débat est la question du lien exclusif que les usager.e.s développeraient avec ce centre qui ferait tout. Il est étonnant qu'au cours d'entretiens passés à parler de l'importance de permettre aux usager.e.s de développer des accroches à plusieurs endroits, la volonté de développer un centre intégré ne soit pas abordée comme quelque chose de paradoxal. Je ne me l'explique pas. Seule une intervenant.e du Centre Psycho-médico-social réagit lorsque je le lui fais remarquer, et conclut qu'il faut faire avec la réalité d'usager.e.s qui de toute façon ne développeront d'accroches qu'à un seul endroit : « *C'est vrai qu'on est un peu dans un mouvement paradoxal aussi. On se dit : 'on fait pas tout, on réoriente et on fonctionne avec les intervenants extérieurs'. Et en même temps, on fait un projet de centre intégré, on rassemble tout, parce qu'on sait qu'une patiente qui vient ici, qui a besoin d'un gynéco, ne va pas arriver au coin de la rue. Ils se dirigent pas, ils passent pas la porte. Si tu les accompagnes pas jusque là, ils y vont pas. Et donc voilà, la nécessité de travailler à l'extérieur, et la réalité aussi du fait qu'il faut faire un certain nombre de choses ici, sinon il y a rien qui se passe* » (IV, l. 245-250).

B) Éléments permettant de surmonter ces désaccords

Ces différences de points de vue ne constituent pourtant pas un réel obstacle. Les éléments suivants peuvent être avancés pour l'expliquer :

Tout d'abord, que les professionnel.le.s soient plutôt en faveur d'offres intégrées ou plutôt en faveur du système actuel, ils ne sont jamais réellement dérangés par l'idée que l'un et l'autre puissent exister. Dans le pire des cas, ils trouvent l'un des deux types d'offre sous-optimal sans être franchement nuisible. Dans le meilleur des cas (le plus fréquent), ils trouvent les deux types d'offre très pertinents : « *Y a des gens qui sont entre guillemets moins dégourdis, qui ont besoin tout le*

temps d'un accompagnement. Il y en a d'autres qui ont pas les capacités, qui sont trop fatigués, trop épuisés. Pour ce genre de personne, le fait que tout soit rassemblé, ça peut vraiment faciliter une prise en charge. Et d'un autre côté, y en a que ça mobilise aussi de faire des choses différentes à différents endroits. Je pense qu'il faut garder le fait que ça mobilise, ça va être bien pour certaines personnes. Après euh, je crois qu'il faut garder les structures autour. Voilà, je dis pas que c'est bien, je dis pas que c'est mal, je dis que ça va convenir à certains mais pas à tous » (VIII, l. 131-138).

Ensuite, les institutions organisatrices ont au plus haut point la volonté de collaborer avec les autres institutions du secteur *« dans une idée d'horizontalité aussi au niveau de la mise en oeuvre de ce projet, d'être dans une émergence »* (XI, l. 397-398). Le travail harmonieux avec le réseau est considéré comme primordial : *« C'est pas 'on arrive, on ouvre, maintenant on va travailler comme ça'. C'est de tenir compte de la volonté du secteur, de sa finesse, de ses besoins, et donc ici, ce n'est pas un opérateur qui va faire de l'ombre à d'autres. (...) Au contraire, la viabilité de ce centre est sa capacité à prendre place dans le secteur et d'y trouver une série de leviers, et de faciliter certains leviers pour le secteur. Je pense que c'est finalement externaliser certaines bonnes pratiques. Les institutions bas seuil ont cette capacité à faire réseau, elles continuent à le faire, et avec cet outil en plus... »* (XI, l. 407-420).

Enfin, les membres du réseau se connaissent et se font confiance. La plupart des intervenants ne s'expriment qu'en termes très nuancés à propos de leurs divergences, reconnaissant toujours que la position des autres peut avoir du sens⁵⁵. Par exemple, un intervenant du Comptoir d'Echange qui n'est a priori franchement pas convaincu par le projet déclare néanmoins *« je remets pas du tout en question le bien-fondé du projet »* (I, l. 14) (avant d'exprimer cinq minutes durant toutes les raisons pour lesquelles le bien-fondé du projet pourrait lui sembler douteux, mais ce avec la plus grande délicatesse). Une autre intervenante ne connaît pas bien le projet mais souligne la confiance qu'elle a dans les institutions du secteur : *« Et puisque les institutions qui rentrent dans ce projet intégré font partie et font déjà maintenant du secteur toxicomanie-rdr, je pense que ce sera pas un problème »* (II, l. 18-19).

§4 – Conclusion

On observe ici que le secteur parvient à collaborer même quand les intervenant.e.s ne partagent pas les mêmes conceptions. Des années de collaboration fructueuse ont permis de développer une confiance et une volonté partagée de travailler dans une dynamique horizontale permettant de

⁵⁵ L'intervenant 1 du Centre Psycho-médico-social Bêta fait figure d'exception...

surmonter d'éventuels désaccords.

Section 2 – Observations transversales

Sur base de la première section, on peut dégager quelques constantes de la collaboration dans le bas seuil. Je constate tout d'abord que de manière générale, la collaboration est harmonieuse (Paragraphe 1). Je montre ensuite les mécanismes qui rendent possible ce fonctionnement harmonieux (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Une collaboration harmonieuse

Le secteur bas seuil collabore de manière efficace afin de pallier les diverses difficultés qu'il rencontre. Cette collaboration est facilitée par un socle de représentations communes à propos des missions du secteur et des défis qu'il rencontre ainsi que par l'existence d'espaces où discuter d'éventuels désaccords. Les institutions gardent néanmoins leurs spécificités, c'est à dire qu'elles parviennent à avancer ensemble tout en étant différentes. C'est bien le sentiment de ce travailleur du Centre Psycho-médico-social Alpha selon qui *« Avec des institutions avec qui on travaille tous les jours, on n'a pas, fin genre le Centre d'Hébergement de Crise, le Centre Psycho-médico-social Bêta, le Comptoir d'Echange, ça c'est vraiment des trucs très, très proches, il n'y a pas vraiment de, de divergence de philosophie, parce que il y a une concertation bas seuil qui rassemble ces institutions-là et on se met autour de la table et on en discute et on se met d'accord quoi. Il y a un espace de concertation et d'échange pour les directions, pour les travailleurs aussi, donc quelque part euh, on est quand même vachement bien alignés quoi. On s'interroge hein. Quand je dis « alignés », je ne dis pas qu'on suit tête baissée une philosophie ou une marche à suivre, mais c'est juste on se questionne tous ensemble et on essaye d'aller dans le même sens »* (VII, l. 207-214).

En conséquence, les professionnel.le.s perçoivent dans l'écrasante majorité des cas la pratique des autres comme positive et complémentaire à la leur. Ils considèrent donc que la collaboration est enrichissante : *« Je considère que toute collaboration, si elle se fait dans le respect mutuel des actions de chacun, est intéressante pour le patient, pour le secteur »* (I, l. 144). Ils insistent sur la nécessité de travailler en réseau tout en conservant chacun un espace de liberté : *« Donc moi vraiment, je pense que le travail en réseau, c'est la base du travail mais peu importe dans quelle structure, dans quel secteur on est. Chaque ASBL a sa spécificité, et du coup a ses habitudes aussi, ses outils aussi, et donc c'est important de travailler ensemble. Et alors la façon de travailler ensemble, ça ça reste propre à chacun »* (II, l. 235-238).

Si certain.es travailleurs.euses évoquent parfois de manière abstraite la possibilité de crispations, il

m'a été impossible d'en trouver un exemple concret. Le thème du conflit n'est jamais abordé que pour expliquer immédiatement après qu'ils sont rares et rapidement surmontés, ainsi que pour réaffirmer la valeur des autres membres du réseau : *« Il y a parfois des choses qui doivent se clarifier, c'est assez rare. Après, moi mon sentiment, c'est que c'est finalement le sous-secteur, les personnes, et les professionnels avec lesquels on est le plus en contact, les plus à l'aise, les plus en lien. (...) Ce qui n'empêche que de temps en temps il y a des points de friction qui sont parfois le point de départ d'une nouvelle impulsion. Je pense que vraiment c'est du luxe de travailler de cette manière-là avec ces personnes-là. En plus, des services au sein desquels il y a énormément de turn-over au sein du personnel, et ce turn-over ne met pas en péril notre capacité à travailler ensemble. Voilà, il y a une réelle capacité à se tenir »* (XI, l. 188-201). Il semble que les points de friction soient généralement liés à des désaccords à propos de la bonne manière d'accompagner d'un usager.e voyageant entre institutions : *« On a encore eu cette semaine des discussions franches avec le Centre Psycho-médico-social Alpha autour d'une situation extrêmement complexe tant pour eux que pour nous avec la volonté commune de respecter les décisions respectives de chacun tout en comprenant celles de l'autre »* (XI, l. 205-208) (la nature de ces discussions franches n'a jamais pu être clarifiée). D'autres travailleurs qui évoquent parfois abstraitement la possibilité d'un conflit interinstitutionnel n'en donnent aucun exemple concret malgré mes questions répétées (voir par exemple, VII, l. 170-225). En général, les acteurs.trices n'apprécient pas beaucoup mes questions à propos des conflits. Ils semblent les juger sans intérêt et de nature à attiser inutilement des rivalités oubliées. Ainsi, on me dit à propos des « débats sur la concurrence » (entre institutions) : *« Pour moi, ils ne sont pas forcément les plus pertinents. Sauf si euh, ils ont juste l'avantage, ils sont pertinents sur une chose, c'est de rappeler la nécessité d'avoir des particularités »* (III, l. 408-410).

Paragraphe 2 – Mécanismes à la base de cette collaboration harmonieuse

Les pratiques de collaboration du secteur se développent selon un schéma « bottom up », c'est à dire qu'elles émanent de la pratique des acteurs de terrain qui progressivement formalisent un projet qui remonte vers les directions ou vers une institution coordinatrice comme le Centre de Coordination RdR ou la Fedito. On observe donc un mouvement d'émergence plutôt que d'imposition par le haut : *« Là où par le passé on fonctionnait avec quelqu'un de manière inter-personnelle, ça marche et puis à moment donné on se dit qu'on va étendre ça, faire profiter d'autres »* (XI, l. 124-126). C'est entre autres à cela qu'il faut attribuer le succès des projets de collaboration: *« A mon sens, un réseau fonctionne si il part de la base. Si c'est une commande, c'est voué à l'échec. Et ici tous les réseaux fonctionnels sont des réseaux qui sont à la base demandés, construits, structurés par le secteur lui-même, par les travailleurs du secteur lui-même. Toute la structuration de ces réseaux fonctionne*

parce que ça part d'un besoin et d'une envie de travailler ensemble » (XI, l. 142-146). Cela est bien compris par les institutions de coordination dont nous avons vu à quel point elles insistent pour travailler dans une logique horizontale. En conséquence, leur rôle est valorisé par le secteur. A titre d'exemple, un travailleur déclare spontanément à propos de la Fédito bruxelloise : « Je pense que si il y a une fédération selon moi à utiliser en terme d'exemple, c'est la Fédito bruxelloise, sans dire du mal des autres, pas du tout. Mais la manière dont fonctionne la Fédito et les résolutions prises par la Fédito... C'est vraiment... Ils sont proactifs, ils sont dans une capacité à faire vraiment un chemin de yoyo entre le terrain et... Fin voilà, moi je trouve que la manière dont fonctionne la Fédito, il suffit d'aller voir leur site, c'est une fenêtre tentaculaire sur plein de choses, c'est à jour, c'est le porte-voix du secteur. Voilà, je trouve que c'est vraiment la meilleure incarnation de ce que doit être une Fédito. Mais si elle en est arrivée à ça, c'est que son secteur défend ça, veut cela » (XI, l. 152-159).

Puisque la collaboration part des relations interpersonnelles, il est fondamental de les renforcer. Les travailleurs.euses apprécient en conséquence toute opportunité de se rencontrer : « Moi je pense que ce qui nous aide beaucoup, c'est les différentes réunions réseau auxquelles chacun participe, donc on finit par connaître tel travailleur de tel endroit, et c'est plus facile quand on a une question après d'appeler la personne qu'on connaît ». (II, 238-241) Parmi les opportunités de rencontrer les autres professionnel.le.s, on relève diverses sortes de réunions mais surtout...les projets de collaboration existants : « Ça marche d'autant plus quand on fait déjà les projets en commun sur le terrain. Par exemple, je pense à boule-de-neige que je fais chaque année en partenariat avec le Centre Psycho-médico-social Bêta et le Centre d'Hébergement de Crise. A force de faire ces projets, on rencontre les travailleurs de ces institutions » (II, l. 24-26). La collaboration est donc un cercle vertueux : à mesure que les professionnel.le.s collaborent, leurs liens interpersonnels se renforcent ; de nouveaux projets de collaboration émanent alors de ces liens interpersonnels renforcés, lesquels projets de collaboration continuent de renforcer les liens interpersonnels...

Conclusion générale

Au terme de cette recherche, il convient d'en dresser le bilan et de tirer quelques conclusions générales.

J'ai pu tout d'abord préciser la consistance donnée au concept de bas seuil. Les acteurs.trices proposent à ce sujet des réflexions complexes et fouillées. Si leurs manières d'aborder le sujet sont multiples, elles ne sont pas contradictoires pour autant. Au contraire, on constate qu'ils.elles partagent un socle de conceptions communes, les divergences ne se présentant pas sur des points fondamentaux.

J'ai ensuite montré comment les professionnel.le.s abordent le principal problème de leur secteur : l'inadéquate circulation des usager.e.s tant vers le réseau, qu'au sein du réseau, que vers les soins de santé classiques. La question du lien social joue ici un rôle fondamental, tantôt en facilitant la circulation, tantôt en l'entravant.

La présentation de ce problème nous a permis de montrer ensuite comment les acteurs.trices tentent d'y répondre en collaborant. J'ai alors analysé leurs modalités de collaboration habituelle, ainsi que le développement de quelques projets de collaboration spécifiques. Grâce à l'analyse de ces exemples représentatifs de collaborations, j'ai pu arriver à énoncer des conclusions transversales à propos de la collaboration dans le bas seuil. Le secteur collabore de façon générale très efficacement. Les acteurs.trices partagent des conceptions communes ainsi qu'un désir de travailler ensemble. La collaboration se développe par le bas, dans une dynamique « bottom up » : elle naît en tant que pratique informelle facilitée par les relations proches entre travailleurs.euses, et ne se formalise que progressivement en remontant vers une entité coordinatrice. Plus les travailleurs.euses collaborent, mieux ils se connaissent ; et mieux ils se connaissent, plus ils sont susceptibles de développer de nouveaux projets collaboratifs. C'est ce cercle vertueux qui me semble expliquer pourquoi le secteur relève avec tant de succès le défi de la collaboration.

Bibliographie

ALBARELLO (L.), *Apprendre à chercher*, Bruxelles, De Boeck, 2014, p. 93.

ALEXANDRE (S.) et le GROUPE DE TRAVAIL BAS SEUIL, « Sous protection sociale des usagers de drogues : lorsque la criminalisation rajoute à la désinsertion », in OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, *Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017, pp. 211-216.

BEAUD (S.), « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, 1996, vol. 9, n°35, p. 234.

BERTAUX (D.), « L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXIX, 1980.

BURLET (L.), « Le bas seuil : une solution pour sortir les SDF de la rue ? », *Lien social*, 5 janvier 2012, disponible en ligne : <https://www.lien-social.com/Le-bas-seuil-d-exigence-une-solution-pour-sortir-les-SDF-de-la-rue> (consulté le 30 novembre 2018).

BURLET (L.), « La place : un autre centre d'hébergement atypique », *Lien social*, 5 janvier 2012, no1044, disponible en ligne : <https://www.lien-social.com/La-Place-un-autre-centre-d-hebergement-atypique> (consulté le 1 août 2018).

COPPEL (A.), « De l'usager de drogues à l'usager des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services »?, *Sciences sociales et Santé*, 2005/1, Vol. 23.

L. DASSIEU, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 2013/3-4, Vol. 19.

DUNE ASBL, *Rapport d'activité 2016*, Juin 2017.

FURTOS (J.), *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presse de l'Ecole Normale Supérieure, 2009.

GOOSDEEL (A.), « L'opération boule-de-neige : une méthode participative pour promouvoir la réduction des risques », disponible en ligne : <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet18.pdf> (consulté le 17 avril 2019), p. 54.

GOOSDEEL (A.), HARIGA (G.), THEYS (D.), « boule-de-neige : manuel de méthodologie », disponible en ligne http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/d_FRbouledeneige_96838.pdf (consulté le 18 avril).

- GRELL (P.), « Une méthode pour dépasser les réalités partielles, *in* D. DESMARAIS, P. GRELL (éds.), *Les récits de vie, théorie, méthodes et trajectoires types*, Boréal, Montréal, 1986.
- HARDEGGER (S.), HASENHOELLER (A.), SCHEUBER (M.), *Prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire » des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature*, Mandat du service du Médecin cantonal de Fribourg, 2009.
- JACOB (E.), « Les structures à « bas seuil » : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des « populations à risques » ? », *Revue Prévenir*, 1997, n° 32.
- JEANMART (C.), « Substitution sans frontière ? », *Psychotropes*, 2008/1, Vol. 14, pp. 21-40.
- LE FERRAND (P.), « Bas seuil et thérapeutiques : mise en place d'une structure d'accès facilité à la méthadone », *Le Flyer*, Mai 2007, n°28, disponible en ligne : <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/bas-seuil-et-therapeutiques/91-mise-en-place-dune-structure-dacces-facilite-a-la-methadone.html>(consulté le 20 juillet 2018).
- MICHELAT (G.), « Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie », *Revue française de sociologie*, vol. XVI, 1975.
- NIAD, « Illegal drug use – research methods for hidden populations », *Proceedings invited expert meeting*, 29-30 octobre 1992, Rotterdam.
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, *Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017.
- PATTEGAY (P.), « L'actuelle construction, en France, du problème des jeunes en errance. Analyse critique d'une catégorie d'action publique », *Déviance et société*, 2001/3, Vol. 25.
- PIRES (A.), « Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 5, n°2, 1987.
- POLOMENI (P.), BRY (D.), CELERIER (I.), *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2005.
- RICHARD (D.), SENON (J.-L.), VALLEUR (M.), *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Larousse, 2004.
- ROTHER (C.), « Jeunes en errance : les effets pervers d'une prise en charge adaptée », *Agora Débats/Jeunesses*, 2010/1, n°54.

- RUQUOY (D.), « Situation de l'entretien et stratégie de l'interviewer », in Albarello et al., *Pratiques et méthodes en sciences sociales*, Armand Colin, Paris, 1995, pp. 59-82.
- SILVERMAN (D.), *Qualitative Methodology and Sociology. Describing the Social World*, 1985, Aldershot, Gower.
- SOULER (M.-H.), « La reconnaissance du travail social palliatif », *Revue dépendance*, décembre 2008, n°33, disponible en ligne : https://www.grea.ch/sites/default/files/Article4_1.pdf (consulté le 30 juillet 2018).
- STEENSENS (K.), « L'action proactive comme moyen de lutte contre la sous-protection sociale : une exploration des concepts et du contexte politique actuel », *Revue belge de sécurité sociale*, 2014/1.
- TREPOS (J.-Y.), « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003/1, n°114, pp. 93-108.
- VAN CALOEN (B.), GERVASONI (J.-P.), « L'approche globale s'adressant aux usagers de drogues illégales en Suisse et aux Pays-Bas : nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, juin 2000, Vol. 13., pp. 199-212.
- VAN CAMPENHOUDT (L.), QUIVRY (L.), *Manuel de recherches en sciences sociales*, 4^e éd., Paris, Dunod, 2011.
- VIDAL-NAQUET (P.-A.), LAVAL (C.), *L'errance : flexibilité d'une notion*, ministère français de l'Emploi et de la Solidarité, avril 2000.

Serdane Baudhuin

Juin 2019

Représentations et collaborations des travailleurs.euses du secteur *bas seuil toxicomanie*

Promoteur : Antoine Masson

Cette recherche, basée sur de nombreux entretiens, vise à explorer comment les représentations des travailleurs.euses du secteur *bas seuil toxicomanie* s'articulent avec leurs pratiques professionnelles de collaboration. Le premier temps de la recherche consiste à dégager la consistance commune donnée au concept de bas seuil est dégagée des entretiens. Le second temps consiste à explorer les représentations des acteurs.trices à propos de ce qui fait problème dans leur secteur : l'inadéquation de la circulation des usager.e.s au sein du secteur. Le troisième temps, enfin, consiste à présenter comment, sur base de ces représentations, les acteurs.trices parviennent, ou non, à collaborer. Différents projets collaboratifs sont analysés afin de parvenir à une conclusion générale à propos de la collaboration dans le secteur. On constate que le secteur collabore de manière très efficace. Il apparaît que cette efficacité est liée au fait que les projets collaboratifs sont construits dans une dynamique « bottom up ».