



**DEVENIR CAARUD : S'INSCRIRE DANS LA DURÉE PAR
L'ÉVALUATION, UN ENJEU MAJEUR DE DIRECTION**

Valère ROGISSART

2008

cafdes



Remerciements

À Arnaud, Didier, Mohamed, Olivier, Patrick, Véronique. Je tiens le cap et à la mémoire de vous. Votre force de transformation m'accompagne.

À l'équipe de SIDA Paroles à qui je dois beaucoup des propos tenus ici.

À mes copains de Charleville, « On n'est pas sérieux à dix-sept ans », l'addition est parfois lourde. Qu'ils sachent que « Je est le même », pas « un autre ».¹

À Louis Auboin qui a semé des principes d'humanismes qui me portent.

À cette matrice qu'a été l'IME de Boutancourt. Elle a forgé une identité professionnelle sur laquelle je m'appuie toujours.

Aux ami(e)s et compagnons de routes associatives. Comme pour se rendre à Compostelle, nous empruntons de longs et incertains chemins à travers de lointaines contrées Européennes.

Aux relecteur(trice)s attentif(ve)s qui ont permis une amélioration de la qualité de ce travail. Leurs évaluations me furent précieuses.

À mes détracteurs qui m'ont forcé à une meilleure argumentation. Vous êtes mes meilleurs éducateurs.

À mes proches qui supportent mes absences et les tourmentes de ces aventures où je me précipite.

Surtout, ne dites pas à mes parents et ma famille que je suis directeur d'un ESSMS, ils me croient directeur d'un CAARUD...

Enfin, merci à ceux qui, fidèlement, tissent cette « toile de Pénélope ». Nous y travaillons sans cesse, elle ne se termine jamais.

¹ Allusions à Arthur Rimbaud, Roman, septembre 1870 et à cette célèbre phrase « Car, je est un autre », lettre à Paul Demery, 15 mai 1891, Poésie, Une saison en enfer, Illuminations, éd. Poésie Gallimard, 1977

Sommaire

Introduction.....	7
1. Devenir CAARUD, un processus d’institutionnalisation d’une innovation pour inscrire dans le temps les offres de services aux usagers.....	11
1.1. SIDA Paroles, une association créée dans un champ émergent : la lutte contre le SIDA et la réduction des risques	13
1.2. Le passage en CAARUD, un processus d’institutionnalisation qui a produit des effets	14
1.2.1. La création des CAARUD, une politique publique pour instituer une innovation sociale	15
1.2.2. SIDA Paroles devient gestionnaire d’un CAARUD : un processus et des étapes conduits par le directeur.....	21
1.3. Les effets du processus de changement	25
1.3.1. Quels effets pour les usagers ?	26
1.3.2. Nouvelles questions de gestion des ressources humaines	32
1.3.3. Les changements de régimes financiers et de dialogues avec les financeurs devenus tarificateurs.....	38
1.3.4. Les adaptations réglementaires et structurelles.....	41
1.3.5. Un autre positionnement dans l’environnement.....	42
2. L’évaluation, un enjeu pour s’inscrire dans la durée	45
2.1. ESSMS et CAARUD, deux sources réglementaires qui encadrent l’évaluation	47
2.1.1. L’évaluation dans la loi du 2 janvier 2002	47
2.1.2. Les travaux d’évaluation spécifiques aux CAARUD	48

2.2. Le traitement des questions d'évaluation à SIDA Paroles, points d'étapes et perspectives.....	50
2.2.1. Travailler l'évaluation à l'externe	50
2.2.2. Mettre en place les moyens de l'évaluation en interne	54
3. Instituer, innover, évaluer	65
3.1. Pendant l'institutionnalisation, l'innovation continue	67
3.1.1. Le développement des actions en milieu carcéral	67
3.1.2. ERLI, un projet d'éducation aux risques liés à l'injection	75
3.2. Poursuivre les efforts d'évaluation, un levier pour durer et promouvoir de nouvelles offres de services.....	86
Conclusion.....	91
Bibliographie	94
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFR	Association Française de Réduction des risques
AIDES	Association de lutte contre le SIDA française
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANIT	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ASA-CAARUD	Rapport Standardisé Annuel des CAARUD
ASUD	Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques liés aux Usages de Drogues
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement et d'unité d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CESDIP	Centre de Recherches Sociologique sur le Droit et les Institutions Pénales
CG	Conseil Général
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre l'Hébergement d'Urgence
CNA	Commission Nationale des Addictions
CNESM	Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIPS IDF	Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA Île-de-France
CROSMS	Commission Régionale de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DEES	Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DIF	Droit Individuel à la Formation

DIPEC	Document Individuel de Prise en Charge
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECIMUD	Équipe de Coordination et d'intervention auprès des Malades Usagers de Drogues
ECS	Ensemble Contre le SIDA
ENa-CAARUD	Enquête Nationale biennale d'une semaine donnée portant sur les caractéristiques des usagers fréquentant les CAARUD
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médicaux Sociaux
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de la Prévention et de l'Éducation à la Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MDM	Médecins du Monde
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PES	Programmes d'Échange de Seringues
RDR	Réduction Des Risques
SAFE	Association gestionnaire des automates échangeurs distributeurs de seringues
SPIP	Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation
SNASEA	Syndicat National au service des Associations du Secteur social et médico-social
SOS DI	SOS Drogues International
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire
UDVI	Usager de Drogues par Voie Intraveineuse
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

Introduction

La Réduction Des Risques liés aux usages de drogues (RDR) a émergé dans le contexte de l'épidémie de SIDA. Elle a modifié les normes sanitaires et pénales en proposant une alternative face aux enjeux de santé publique. Elle a marqué une rupture avec le modèle centré sur le sevrage et l'abstinence imposé par le cadre légal des drogues et la conception antérieure des soins aux toxicomanes.

Les dispositifs qui l'ont porté ont constitué, en quinze ans, un espace professionnel « déviant »² qui, aujourd'hui, s'institutionnalise comme l'a fait avant lui le secteur du soin spécialisé en toxicomanie et, antérieurement encore, la prévention spécialisée. Ce passage d'un processus d'innovation à l'institutionnalisation est marqué par l'émergence d'une nouvelle norme d'intervention légitimée par un cadre légal récent.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés aux usages de drogues (CAARUD) traduisent cette institutionnalisation. Devenus établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), ils représentent une nouvelle norme d'intervention, et, ce faisant, ils doivent eux-mêmes se conformer aux nouvelles normes réglementaires relatives à ce statut d'ESSMS. En outre, cette institutionnalisation implique la formalisation en normes de ces pratiques professionnelles émergentes. Il est devenu nécessaire de les établir pour les caractériser et les évaluer.

Mais quel est le coût de cette institutionnalisation ? Que fait-elle gagner et que fait-elle perdre ? Expérience d'abord déviante, puis pratique innovante, la RDR institutionnalisée conservera-t-elle sa capacité d'innovation ?

En tant que directeur de l'association SIDA Paroles, devenue CAARUD le 1^{er} janvier 2006, je considère que l'inscription dans la durée des activités de RDR et la conservation d'une capacité d'innovation représentent des enjeux majeurs. D'une part, il s'agit de transformer une structure dans toutes ses dimensions pour assurer une continuité de service aux usagers qui en sont les bénéficiaires : gestion financière et budgétaire, management des équipes et des projets, travail avec l'environnement. D'autre part, s'il s'agit de pérenniser, il s'agit aussi de développer les offres de services pour mieux répondre aux besoins et demandes des usagers qui sont encore mal couverts. Ces nouvelles offres de services représentent autant d'innovations qu'il faut piloter dans un nouveau cadre institutionnel qui protège et oblige.

² BARRE M. D., BENECH-LE ROUX P., 2004, Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, Étude d'un espace professionnel déviant, Études et données pénales n° 95, CESDIP CNRS.

L'usager « au cœur des dispositifs » (loi du 2 janvier 2002) propose là une figure particulière. Il est usager des services, mais aussi usager de drogues ce qui lui confère un statut social particulier ; il est déviant, hors norme, ses besoins aussi. Comment alors les reconnaître (observer, recueillir) et les faire reconnaître c'est-à-dire les transformer en réponses adaptées (nouvelle offre de service). Ne vont-elles pas, un temps, induire des réponses « hors normes, déviantes » ? Si l'innovation réussit, c'est-à-dire si elle est évaluée comme efficiente et efficace pour qu'elle devienne acceptable, elle s'institutionnalisera et deviendra nouvelle norme. L'évaluation a là toute sa place. Les enjeux qu'elle recouvre sont essentiels. Évaluer que nous sommes dans la norme ESSMS pour être légitime. Évaluer l'innovation pour qu'elle devienne légitime et s'institue.

Il y a donc bien lieu de tenir compte de cette double dimension de l'évaluation. L'une institutionnelle qui solidifie. Elle pérennise le cadre des offres de services dans le temps. L'autre qui innove pour avancer. Elle développe d'autres offres de service pour répondre aux besoins des usagers en matière de lutte contre le virus de l'hépatite C (VHC) et aux recommandations des politiques publiques³.

Comment, dès lors, diriger l'institutionnalisation de l'association en respectant les normes des ESSMS tout en conservant l'esprit d'innovation qui a débouché sur les CAARUD ? Comment intégrer des contraintes nouvelles liées aux cadres d'ESSMS tout en s'appuyant sur eux pour permettre l'innovation ? Quelle est la place de l'évaluation dans ces évolutions ?

Le présent mémoire aborde le processus de transformation de SIDA Paroles en CAARUD et sa stratégie d'innovation, moteur de son existence, par l'évaluation dans toutes ses dimensions : contrôle, d'auto-contrôle, de démonstration et de pilotage.

Une première partie décrira nécessairement les étapes de cette transformation en passant par une phase descriptive des contextes (environnement, politiques publiques), des publics concernés, des services mis en œuvre (structure, projet d'établissement), des constats quant à l'existant et son analyse.

Une seconde partie posera la question de l'évaluation dans ce processus de transformation et développera le plan d'action que je mets en œuvre en conséquence.

Une troisième décrira la stratégie de direction et son plan d'action concernant le maintien de l'innovation (rester CAARUD) tout en étant ESSMS et la mise en perspective de l'évaluation.

Les contenus s'appuient sur des théories issues du champ sociologique et des éléments du champ de l'évaluation. Ils s'attacheront à une mise en lien entre l'interne, SIDA Paroles, et

³ Lettre-circulaire du ministre de la santé et des solidarités aux directeurs des CAARUD du 4 décembre 2006 : le ministre demande à ces structures de faire tout particulièrement porter leurs efforts sur les actions prévenant les contaminations des UD par les virus des hépatites B et C.

l'externe, l'environnement. Ce sont deux dimensions qu'il faut identifier. Elles sont à la fois porteuses de ressources à consolider et de freins à réduire. C'est la position que j'ai adopté comme stratégie⁴ de direction.

⁴ Stratégie : actions entreprises coordonnées, réparties dans le temps afin de donner des résultats tangibles, J. PAPAY, 2007, L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social, éd. Vuibert, coll. perspectives sociales, Mayenne, p. 91

1. Devenir CAARUD, un processus d'institutionnalisation d'une innovation pour inscrire dans le temps les offres de services aux usagers

Au début des années 1980, l'épidémie de SIDA frappe en France majoritairement des groupes de populations bien précis : les transfusés, les homosexuels et les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Pour ces derniers, 25% d'entre eux sont contaminés par le VIH.⁵ Ici l'évaluation de la situation repose sur l'épidémiologie qui produit des taux de contamination, de mortalité, de morbidité. Non seulement cette épidémie associe les fondamentaux humains tels que le sang, le sexe et la mort, mais elle semble privilégier des groupes humains eux-mêmes stigmatisés : les homosexuel(le)s, les toxicomanes, les prostitué(e)s. Dès lors, la lutte contre le SIDA associera la lutte contre le virus et la lutte contre les discriminations. Daniel Defert, fondateur de AIDES, représente une figure particulièrement emblématique de ce positionnement.⁶

C'est l'époque « du malade réformateur social » qui oblige à modifier les représentations sociales, qui politise une question de santé publique doublée d'une question de société, qui remet en cause les cadres législatifs. Pour l'association AIDES, le SIDA est, à la fois, un défi scientifique et une question politique. Les risques de discrimination des populations principalement concernées en France sont jugés aussi importants que ceux liés à la maladie elle-même.

Dans un contexte d'impuissance médicale, la prévention est une stratégie fondamentale pour contenir l'épidémie. Elle ne peut être envisagée qu'en associant les personnes dans un contexte démocratique qui leur garantisse des droits et, notamment, au-delà de l'accès aux soins et aux moyens de se prévenir,⁷ celui de n'être pas doublement discriminé : être séropositif et homosexuel ou séropositif et toxicomane par exemple. Certaines associations de lutte contre le SIDA revendiquent d'être communautaires. Le droit de la personne est donc fondamental et si l'on est malade, on reste citoyen. Le SIDA aura pour effet de générer ces évolutions importantes des représentations de la maladie, de la santé, du malade et aura contribué au renforcement du droit des malades tel que la loi l'a désormais posé.⁸

⁵ Infection par le VIH et SIDA, prévention, enjeux sociaux, connaissances médicales pratiques professionnelles, édition 1999, coll. VIH/SIDA, ARCAT SIDA ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat à la santé et à l'action sociale, CFES

⁶ DEFERT D., nov. 1989, AIDES, une démarche de proximité, in « *SIDA et Toxicomanie, répondre* » sous la direction du Pr. A.C. NICOLAS, éd. Frison Roche,

⁷ L'interdiction de la publicité sur les préservatifs n'est levée qu'en 1986, celle de la vente libre des seringues en 1988

⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de soins.

Dans ces représentations qui évoluent, notons celles qui concernent les toxicomanes. Jusqu'à présent encadrées par une loi qui est construite sur le concept d'abstinence et de sevrage, les politiques de santé publique en matière de lutte contre le SIDA doivent évoluer. Pour enrayer l'épidémie, il faut envisager de mettre en vente libre des seringues pourtant interdites depuis 1972. C'est un paradoxe, mais c'est une question de priorité : le SIDA fait courir plus de risques que l'usage de drogues.

C'est au début des années 90 que se construit une politique de RDR liée aux maladies infectieuses puis plus largement aux usages de drogues en général.⁹ Elle se traduit par le développement de programmes d'échange de seringues (PES) pour réduire les contaminations, par le développement de traitements de substitution pour permettre un accès aux soins du VIH puis de la dépendance, par l'ouverture de lieux d'accueil de jour (dites boutiques) et de nuit (sleep in) destinés aux usagers de drogues actifs.

Dans les évolutions notables, le toxicomane devient usager de drogues et sans son adhésion, la RDR ne fonctionne pas : ce sont les personnes qui se protègent ou pas, ce sont les personnes qui savent ou pas comment se protéger. Sans l'implication des usagers¹⁰, la RDR ne fonctionne pas et c'est au final un des publics des plus concernés qui a le mieux intégré les messages de prévention et adhéré aux offres de soins une fois que les moyens adaptés furent disponibles.

L'épidémiologie, outil privilégié pour évaluer l'impact de cette politique de santé publique et de l'implication des usagers, montre des résultats qui confirment son bien fondé.

Les publications d'ARCAT SIDA¹¹ donnent une mesure du prix payé par les usagers de drogue au SIDA. De 1978 à 1997, ils représentent 23,4% des cas diagnostiqués¹² (130 000 en 2000). En gros, les UDIV, qui sont estimés à au moins 150 000, représentent un quart de l'épidémie.

Aujourd'hui, la prévalence du VIH chez les UDVI se chiffre à moins de 3% et les overdoses sont passées de près de 600 par an en 1994 à moins de 100.¹³ Les deux tiers des usagers sont maintenant en contact avec des acteurs sanitaires et sociaux alors qu'ils n'étaient que 10% dans les années 1990. En termes d'épidémiologie, sur la base des données macro-

⁹ Les rappels historiques ou conceptuels concernant la Réduction Des Risques dans ce travail doivent beaucoup aux travaux de A. Coppel et notamment son dernier ouvrage paru en 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. éd. La Découverte, Paris.

¹⁰ COPPEL A., op. cit., chapitre intitulé « L'usager de drogue acteur de sa santé »

¹¹ *Op.cit. Au 31 mars 1997, le réseau national de santé publique (RNSP) recensait 1 0921 cas cumulés de SIDA déclarés chez les UDVI sur un total de 46 039, soit 23,7% dont la moitié réside en région parisienne.*

¹² Auxquels on peut ajouter 1,2 % d'homo-bisexuels usagers de drogues

¹³ Outre les contaminations en diminution, les cas de sida déclarés passent de 1482 en 1993 à 244 en 2000, les overdoses sont passées de 564 en 1994 à 89 en 2003 (OFDT). Entre 94 et 97, les interpellations d'usagers d'héroïne chute de 68%. La mortalité a chuté de 75% (COPPEL). Dans les nouveaux diagnostics de séropositivité de 2003-2004 en IDF, les UDVI représentent 2% des personnes. Pour les cas de SIDA déclaré, ils représentent 11% des personnes touchées (InVS).

quantitatifs, cette politique a été un succès sans lequel le dépassement des représentations et des positionnements politiques n'aurait pas été possible.

L'inscription de cette politique dans la loi de santé publique du 9 août 2004 est venue institutionnaliser la RDR par la création des CAARUD. Au-delà de la reconnaissance de cette politique, l'enjeu de cette institutionnalisation est essentiel. Pour les associations qui ont porté la RDR, elle a pour effet direct de sortir du travail social précaire pour aller vers un travail social sinon « protégé » du moins pérenne. Rendre les dispositifs pérennes c'est d'abord garantir une offre de service aux usagers dans le temps et l'espace.

Quant à la question traitée ici, l'évaluation globale de cette politique a été très favorable aux usagers et aux acteurs qui l'ont développée et c'est une donnée essentielle pour son développement.

1.1. SIDA Paroles, une association créée dans un champ émergent : la lutte contre le SIDA et la réduction des risques

Implantée depuis près de 15 ans dans les Hauts-de-Seine, l'association est née d'une réflexion menée dans le nord du département par le Dr Elghozi.¹⁴ Adjoint au maire à la santé de la ville de Nanterre, il préside une commission « toxicomanie » réunissant les acteurs locaux, le COPITOX. Au début des années 92 – 93, c'est là que se décidera la création d'un PES sur un territoire à forte épidémie de SIDA notamment chez les UDVI.¹⁵ Ce sera SIDA Paroles qui porte dans son nom le contexte de sa création. La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et le Conseil Général (CG) suivent les travaux du COPITOX, soutiennent le projet et apportent les financements au programme naissant. Un plan départemental de lutte contre le SIDA, les hépatites et les conduites à risques associant les deux administrations verra le jour. C'est dans ce cadre que SIDA Paroles trouvera les moyens de son développement.

C'est donc un PES qui est d'abord ouvert en 1993. Deux bus sont mis en circulation dans les communes¹⁶ où sont rencontrés les usagers. Cinq à six salariés composaient l'équipe¹⁷. En parallèle, des actions de prévention en milieu scolaire sont organisées sur le thème de la

¹⁴ Médecin chef des urgences de Nanterre, il est le président fondateur de SIDA Paroles et l'est encore

¹⁵ En 2001 les Hauts-de-Seine figure au 3^{ème} rang pour les overdoses et les arrestations pour l'héroïne, cocaïne et ecstasy, au 7^{ème} rang pour la vente de Stéribox® (OFDT)

¹⁶ Nanterre, où l'association dispose de locaux, Colombes, Gennevilliers, Villeneuve la Garenne et Asnières

¹⁷ Un directeur, une secrétaire, un chauffeur et des intervenants travailleurs sociaux ou non

prévention du SIDA et un programme destiné aux personnes se prostituant au bois de Boulogne fonctionnera de 1999 à 2001.

L'ouverture du PES sera suivie de celle d'un lieu d'accueil de jour à Colombes, la boutique jaune, en décembre 1999. Cette étape implique une restructuration du fonctionnement de l'association. Deux programmes fonctionnent désormais. Le PES continue d'entrer en contact avec les usagers, de diffuser du matériel de prévention et des informations. Il permet maintenant de proposer un lieu relais pour aller plus loin avec des prestations disponibles à la boutique. Psychologue, assistant social et chef de service sont recrutés pour la faire fonctionner. Ces évolutions ont conduit à l'organisation que nous connaissons actuellement, à savoir :

1. Des programmes mobiles qui comprennent : le PES dont une permanence le dimanche et le travail de rue dans sa périphérie ; une consultation jeunes consommateurs à la faculté de Nanterre depuis septembre 2002 ; des interventions en milieux festifs avec Médecins du Monde. Cinq salariés interviennent plus particulièrement sur ces actions. Sur les trois dernières années, 1 500 personnes en moyenne par an ont été en contact avec ces programmes pour 260 jours d'ouverture.
2. Une boutique d'accueil de jour organisée sur : un pôle sanitaire, un pôle social, un pôle psychologique. Elle est ouverte au public du lundi au vendredi de 11H00 à 16H00. Quatre salariés y interviennent. 295 personnes composent la file active annuelle moyenne sur les trois dernières années (2005 - 2007)

1.2. Le passage en CAARUD, un processus d'institutionnalisation qui a produit des effets

Après à peine quinze ans d'existence et de pratiques innovantes dans le champ sanitaire et social, la RDR s'institutionnalise. Cette institutionnalisation est le résultat d'une action inter associative au plan politique et de l'engagement de collaborations entre les associations et les administrations compétentes en matière de politique des drogues au plan réglementaire.

L'association SIDA Paroles, inscrite dans cette histoire, est encore dans ce processus d'institutionnalisation et ses différentes étapes (voir chap1.2.2). Il est déjà possible d'en mesurer les effets dans les domaines essentiels tels que le financement, la gestion des ressources humaines (GRH) ou les évolutions pour les usagers.

C'est à partir de ces éléments que je développerai la question de l'évaluation, en seconde partie, dans ce contexte d'institutionnalisation.

1.2.1. La création des CAARUD, une politique publique pour instituer une innovation sociale

Le présent chapitre vise à situer en quoi la RDR représente une innovation par la contextualisation de son institutionnalisation dans le temps. Il apporte des éléments concrets concernant son caractère novateur que j'éclairerai à partir des mécanismes décrits par N. Alter¹⁸. Enfin, il situera la place de l'évaluation dans le processus d'institutionnalisation.

La RDR, une innovation¹⁹ sociale

Aujourd'hui devenue une politique de santé publique inscrite dans la loi,²⁰ la RDR est née dans un contexte d'épidémie de SIDA : les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) se sont massivement contaminés. Le modèle prohibitionniste en vigueur²¹ implique une interdiction totale des drogues et de leur moyen de consommation. En conséquence, l'interdiction de la mise en vente libre des seringues en pharmacie est prononcée en 1972. Les seringues seront « récupérées » dans les déchets hospitaliers, on s'en procure sous le manteau, on les garde longtemps, on les laisse parfois dans des endroits convenus pour les suivants. Ce sera le principal vecteur de contamination des UDVI.

Face à cette situation, la lutte contre le SIDA s'organise en Europe et en France.²²

En Grande-Bretagne, au début des années 80, on distribue des seringues aux UDVI pour endiguer l'épidémie. Les résultats sont là, indiscutables. Paradoxalement, l'épidémiologie montre que là où des seringues sont disponibles, les usagers sont moins contaminés. Des observations faites à Édimbourg où les seringues n'étaient pas accessibles montrent une séroprévalence du VIH de 45 à 55% ; à Glasgow où les seringues étaient vendues en pharmacie, la séroprévalence du VIH allait de 5 à 10%. Dans ces mêmes pays, contrairement à la France, les traitements de substitution disponibles montrent que les usagers de drogues accèdent mieux aux messages de prévention et y trouvent des moyens d'accès pour se soigner. À Liverpool où les seringues sont disponibles et où la substitution à la méthadone²³ est largement pratiquée, sur 4 000 patients, la séroprévalence tombe à 1%. Au total, les usagers britanniques sont moins contaminés et mieux soignés, c'est l'*harm reduction policy*, la politique de réduction des risques liés aux usages de drogues.

¹⁸ ALTER N., nov. 2005, *L'innovation ordinaire*, 2^{ème} éd., Quadrige PUF, Paris

¹⁹ Innovation : du bas latin, innovatio, changement, renouvellement, puis « chose nouvelle ». Le Robert historique de la langue française, ss. la dir. de A. Rey, 1998, Paris

²⁰ Une liste chronologique des principaux textes sur la prise en charge de la toxicomanie et de la RDR est jointe en annexe 1

²¹ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses

²² COPPEL A, 1996, *Vivre avec les drogues, Les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques en France*, communication n° 62, EHESS, éd. Seuil.

²³ Un des principaux traitements de substitution de la dépendance aux opiacés

En 1987, Michelle Barzach, ministre de la santé impose une expérimentation de la vente libre des seringues en pharmacie.²⁴ Bien que très contestée à son origine, cette mesure sera très efficace. En 1995, Simone Veil, ministre de la santé impose²⁵ les traitements de substitution²⁶. Entre les deux, la RDR a amorcé sa structuration, elle s'est organisée et revendique la création de dispositifs.

L'émergence de ces dispositifs a eu lieu dans l'affrontement. « Limiter La Casse »²⁷ en a été la première matrice en rassemblant les premiers militants issus de la lutte contre le SIDA venus de AIDES et d'ACT UP notamment, avec Médecins du Monde (MDM), les premières associations d'autosupport d'usagers de drogues et des professionnels en rupture de banc.

Les affrontements sont politiques dans un pays où le modèle est strictement prohibitionniste alors que la RDR suppose quelques aménagements et tolérances avec l'usage de drogues. Le député E.G. Chenière, auteur d'un appel à ses collègues députés, leur expose ceci : *« La classe politique, pitoyablement engluée dans son impuissance et ses inhibitions, anesthésiée par la pression idéologique, s'adonne au PSITTACISME de l'air du temps, et nous chante le leitmotiv de la méthadone et des échanges de seringues. (...) Forts de l'efficacité et de l'audience que leur assure la complaisance des médias, la complicité de personnalités influentes, le soutien de leaders et de partis politiques notamment de gauche, une minorité de marginaux homosexuels et toxicomanes, remarquablement organisés, ont lancé une puissante campagne pour faire passer dans le droit non écrit, sous la pression, la légalisation objective de leurs perversions et leurs déviances. (...) L'appel « RÉSISTONS » que je vous demande de signer, fera pièce dans les médias aux injonctions d'un texte virulent et d'une mauvaise foi cynique publié sous le titre « LIMITER LA CASSE ». »*

L'épidémiologie aidera grandement les changements à force de résultats.

Les affrontements ont lieu avec les professionnels de la toxicomanie dépositaires d'un modèle psychothérapeutique basé sur l'abstinence et le sevrage. Il explique les positions de refus de l'échange de seringue et de la substitution « par essence ». Le Dr Francis Curtet²⁸

²⁴ Décret 87 – 328, ministère des affaires sociales et de l'emploi. portant sur la suspension pour un an des dispositions du décret n°72-200 (du 13 mars 1972) réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. (JO 14 03 72)

²⁵ Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative aux traitements de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacés : détermination du cadre de mise en œuvre des traitements de substitution

²⁶ Il s'agira d'une AMM pour le traitement de la dépendance aux opiacés à l'aide du chlorhydrate de méthadone et de la buprénorphine haut dosage (Subutex®)

²⁷ Association créée en 1993 pour fédérer les premiers militants de la RDR. À l'époque secrétaire général de AIDES, j'ai été un des fondateurs de cette association avec A. Coppel (elle en sera la première présidente), A. Marty Lavauzelle, président de AIDES, P. Charpy, présidente de ASUD, première association d'usager de drogues « actifs » fondée en 1992.

²⁸ Francis Curtet, Libération du 30 11 92, « Toxicomanie, sida et réduction des risques en France », cité par A. Coppel, op.cit.

hostile à la mise en vente libre des seringues argumente : « *Quand on est près à jongler avec la prison, la folie et la mort, on peut tout autant jongler avec le SIDA* ». Depuis la RDR a fait sa place et plus d'un tiers du dispositif est aujourd'hui géré par des structures affiliées à l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)²⁹ au-delà des nombreux centres de soins spécialisé en toxicomanie (CSST) qu'elle fédère et qui dispensent aujourd'hui des traitements de substitution.

Les résultats épidémiologiques ont donc eu un impact politique qui a débouché sur la reconnaissance de la RDR dans la loi. Plus utiles pour les usagers sur le terrain, les professionnels ont modifié leurs pratiques.

L'Association Française de Réduction des risques (AFR)³⁰ naît, elle, en 1998 dans un second souffle. Les affrontements sont retombés. Cependant, il s'agit alors de continuer à peser dans les débats, d'occuper la place d'interlocuteur des pouvoirs publics et des partenaires, anciens alliés et nouveaux convertis. La RDR est cependant fragile. L'idéologie prohibitionniste domine toujours avec ce qu'elle contient d'éradication attendue des drogues à termes alors que la RDR pose qu'« Une société sans drogue, ça n'existe pas »,³¹ tout comme le risque zéro. L'usage de drogues est une réalité de tout temps avec laquelle il faut faire au moindre risque. Sur ce thème, le poids du politique est fort et les structures qui fonctionnent sur des financements publics dépendent étroitement des changements politiques potentiels. De ce fait, plus les dispositifs sont institutionnalisés, moins ils sont fragilisés face à ces changements. C'est en tout cas sur cette analyse que l'AFR a été rechercher les moyens de consolider la RDR. C'est ce qui fera déboucher sur les CAARUD et l'inscription dans le statut d'ESSMS dans une démarche inter associative au plan politique et sur un travail d'élaboration avec les administrations centrales au plan administratif et réglementaire.

Cette rapide description apporte des éléments qui permettent de caractériser la RDR comme une innovation.

Pour N. Alter l'innovation est une dynamique, elle est « toujours celle d'une histoire, celle d'un processus. Il permet de transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques ». L'innovation s'oppose à l'ordre établi, elle constitue une déviance, portée par des acteurs « novateurs »,³²

²⁹ Association nationale des intervenants en toxicomanie créée en 1984. Ces données sont extraites de l'Enquête interassociative SAFE, AFR, juin 2007 (disponible sur le site de SAFE)

³⁰ L'association a pour objet de rassembler les personnes physiques et morales qui se reconnaissent dans la philosophie de la réduction des risques en référence à la Charte Européenne de la Réduction des Risques, dans le but de fédérer et mobiliser les personnes concernées par cette approche pour la défendre et la développer. art. II des statuts

³¹ Nicole Maestracci, Présidente de la MILDT, « Drogues, savoir plus risquer moins », éd. CFES, avril 2000

³² Novateur : emprunté au latin novator « celui qui renouvelle ». Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, il était toujours péjoratif (de même que nouveauté) et s'appliquait presque exclusivement aux propagateurs

mais dont le poids institutionnel n'est pas au départ dominant. Ces acteurs vont chercher à diffuser l'innovation à travers des réseaux pour finalement arriver à imposer une nouvelle norme si le processus aboutit.

De ce point de vue, la RDR a représenté « une déviance » par rapport à la norme sanitaire basée antérieurement sur le sevrage et l'abstinence et par rapport à la norme pénale qui prohibe les drogues. Les acteurs eux-mêmes sont des militants et des professionnels « marginaux » par rapport aux pratiques ordinairement en cours et admises. Militants de l'auto support ou de la lutte contre le SIDA, acteurs sociaux ou de santé « en rupture » avec leurs pairs professionnels, ils s'opposent aux conceptions des spécialistes. La RDR trouvera sa reconnaissance en dehors de ces cercles professionnels, par d'autres réseaux, ceux qui l'ont constituée à l'origine (lutte contre le SIDA, l'humanitaire médicale) et si « la RDR est une déviance portée par des dissidents » elle est parvenue à s'établir en norme, l'inscription dans la loi en étant une des manifestations majeure.

Dès lors, comment conserver cette capacité d'innover³³ qui a porté la RDR et ses acteurs ? C'est une dynamique qui a su créer des dispositifs, mais resteront-ils créatifs ? Comme dans l'histoire de la prévention spécialisée (voir plus loin), cette institutionnalisation ne va-t-elle pas créer des effets indésirables, figer un dispositif qui a fait ses preuves mais sans aller plus loin, au risque de se rendre inadéquat ? Ou comme celui d'éloigner les dispositifs des réalités des personnes à l'origine conçus en grande proximité avec les publics ? Serait-ce la rançon de la gloire ? Lorsqu'une association gagne en s'institutionnalisant ou en institutionnalisant une pratique, peut-elle perdre en autonomie et capacité d'innovation ?

Sans en faire un objet magique, l'évaluation a peut-être ici une place à prendre pour mesurer et juger des effets d'une institutionnalisation, afin de soutenir et maintenir une dimension innovante. L'adaptation aux besoins des usagers est une source inépuisable d'évolution a priori. Encore faut-il être en capacité d'évaluer ces adaptations et les raisons qui y poussent.

La construction des CAARUD

La construction des CAARUD est le résultat d'une dynamique inter-associative suivie d'un travail d'élaboration avec les administrations centrales concernées.

Les alliances entretenues sont mises à profit pour réfléchir à l'avenir. Pour en discuter l'ANIT invite l'AFR³⁴ dans sa commission RDR puis AIDES, MDM, SAFE, ACT UP. Au 1^{er} janvier 2003, les CSST en grande partie fédérés par l'ANIT sont devenus des ESSMS.³⁵ Pour l'AFR

d'idées nouvelles en matière religieuse (...). Le Robert historique de la langue française, op.cit.

³³ Innover : du latin innovare « revenir à », de in et de novare « renouveler, inventer, changer », dérivé de novus, nouveau, neuf, Le Robert historique de la langue française, op.cit.

³⁴ Je suis à cette époque président de l'AFR et participe aux discussions inter-associatives puis avec les administrations à ce titre

³⁵ Ces établissements qui s'appelaient antérieurement « centre de cure et Post cure », sont

comme pour l'ANIT la question se pose de savoir pourquoi les dispositifs RDR ne bénéficieraient pas de ce statut. Dans cette recherche d'institutionnalisation, c'est le calendrier législatif prévoyant la réforme de la loi de santé publique qui est saisi par cette commission comme vecteur pour y inscrire la RDR. Cette démarche inter-associative a nécessité des démarches politiques.

Elle a débouché sur l'inscription de la RDR dans la loi de santé publique du 9 août 2004³⁶ qui dit dans son article 12 :

Art. L.3121-3. - La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues relève de l'État.

Art. L.3121-4. - La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogues intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

Art. L.3121-5. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues relèvent du 9° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles (...).

Les CAARUD sont nés.

Les démarches de collaboration avec les administrations (Direction générale de la santé (DGS) et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)) ont ensuite abouti aux décrets et circulaires³⁷ qui encadrent actuellement les CAARUD.

Les CAARUD opérationnels depuis le 1^{er} janvier 2006 doivent remplir 7 missions (voir détail en annexe 2) pour répondre au cahier des charges établi par décret :

1. L'accueil : recevoir les usagers dans des lieux fixes ou mobiles
2. L'accès aux Soins : répondre aux besoins fondamentaux en matière de santé
3. L'accès aux Droits sociaux : informer et accompagner dans les démarches administratives
4. Le contact : repérer et rencontrer les usagers

devenus CSST en 1995. ESSMS depuis 2003. Ils deviennent aujourd'hui des CSAPA (centre de soins des addictions et des pratiques addictives).

³⁶ Loi de santé publique du 9 août 2004, articles L. 3121- 3 à L. 31 21-5 du code de santé publique

³⁷ - Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de santé publique

- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

- Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006, relative à la structuration du dispositif réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

5. La mise à disposition du matériel de prévention : distribuer les outils et diffuser les messages
6. La médiation : faire accepter les usagers dans la vie locale
7. L'alerte : informer sur les nouveaux usages et les nouveaux produits

Un nouveau lien avec les théories de N. Alter à propos des cycles d'innovation

Selon Alter, le développement d'une innovation se fait en trois temps.

- 1) Au départ, c'est le fait de quelques personnes qui prennent un risque par rapport aux routines en usage, ou plus fortement en conflit avec l'ordre établi, en élaborant de nouvelles combinaisons de ressources.
- 2) Une fois l'intérêt de ces nouvelles combinaisons démontré, on constate l'apparition d'imitateurs « par grappe » qui viennent bouleverser l'ordre établi en les généralisant et en développant des innovations secondaires.
- 3) Un troisième temps voit la définition progressive de nouvelles règles qui entérinent un nouvel ordre social.

Ces trois temps se retrouvent dans la construction de la RDR.

- 1') Dans un premier temps, des acteurs ont pris le risque de diffuser des seringues alors prohibées. Le risque était de nature pénale et sanctionnable par la loi. Bien que reconnues par l'autorisation de libre accès aux seringues, ces pratiques restent critiquées voire contestées par les professionnels des secteurs spécialisés. De nouvelles combinaisons de ressources émergent : PES, Boutiques, Sleepin en termes de structures mais aussi de pratiques avec le recours à l'auto-support et à la santé communautaire.
- 2') Dans un second temps, des premiers résultats montrent l'impact des PES. Les traitements de substitution et les antirétroviraux accessibles aux usagers de drogues confirment ces résultats. Ils agrègent « par grappe » d'autres acteurs, y compris les anciens réfractaires. La prescription de méthadone et du Subutex® généralise l'accès aux soins au travers des CSST et de la médecine « de droit commun ». D'autres terrains sont investis comme le milieu festif pour intervenir auprès des jeunes.
- 3') Dans un troisième temps, de nouvelles règles se sont définies, de nouvelles normes d'actions se sont construites. La RDR inscrite dans la loi s'institutionnalise avec la création des CAARUD. Les nécessités d'évaluation font poursuivre la définition des cadres : c'est la formulation des référentiels et des procédures des bonnes pratiques professionnelles qui contribuent à la définition d'une nouvelle norme d'intervention. S'il est question de norme, il y a lieu de s'y intéresser de près. C'est ce que je développerai en seconde partie.

1.2.2. SIDA Paroles devient gestionnaire d'un CAARUD : un processus et des étapes conduits par le directeur

Devenir CAARUD relève d'un processus de transformation qui implique un travail du directeur, au niveau de l'association avec les administrateurs, au niveau des administrations qui autorisent et financent, au niveau du dispositif avec l'équipe que je décrirais comme le management du passage en CAARUD.

Plusieurs étapes développées en parallèle ont été franchies pour que SIDA Paroles devienne CAARUD à chacun des niveaux.

Au plan associatif, plusieurs conseils d'administrations ont été consacrés à ce projet de transformation. Personnellement impliqué dans la construction du statut de CAARUD, j'ai tenu informés les administrateurs des discussions et des orientations (2003-2004) pour que nous puissions anticiper puis réagir en temps réel dès la sortie des textes réglementant les CAARUD.

Bien que très favorable à cette option de devenir CAARUD, je me devais de poser la question en termes d'avantages et d'inconvénients. Plusieurs problèmes ont été soulevés. Celui de la liberté associative au regard du plus grand assujettissement aux réglementations et aux contrôles, mais aussi au regard d'une liberté d'innover : conserver cette dimension constitue un fondement des valeurs associatives. Cependant, sortir de la sphère du travail social précaire pour celui plus institutionnalisé des ESSMS a représenté un argument de poids. Il ne s'agit pas tant de pérenniser une structure, mais de pérenniser une offre de services aux usagers de drogues pour lesquels les fondateurs, encore présents pour la plupart, se sont mobilisés. C'est donc à ce niveau que s'est définie la politique du conseil d'administration : s'institutionnaliser mais rester innovant pour améliorer les offres de services aux usagers. Adoptée par l'assemblée générale de l'association (mai 2005), cette position conduira ma stratégie de direction.

Au niveau du travail avec les administrations, différentes étapes ont structuré le processus du point de vue réglementaire. Elles sont décrites ici de façon factuelle.

1) Première mission d'inspection

Une première mission d'inspection a été menée en novembre 2005 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DRASSIF), la DDASS et le CG des Hauts-de-Seine. L'objectif était d'évaluer la pertinence de notre candidature à devenir CAARUD et de mesurer les écarts potentiels avec un ESSMS. Toutes les dimensions ont été examinées : organisation administrative, gestion budgétaire et financière, gestion des ressources humaines, vie associative, satisfaction des usagers, sécurité des locaux, formalisation des procédures et pratiques professionnelles, partenariat... Cette mission a fait

l'objet d'un rapport assorti de recommandations.³⁸ Elle a rendu un avis favorable à la candidature de SIDA Paroles pour devenir CAARUD.

2) Mise en place de la procédure CROSMS

Cet avis favorable acquis, j'ai conduit la rédaction du dossier CROSMS avec l'appui de l'ensemble de l'équipe. Les écrits existants ont été exploités et reformulés en conformité avec les nouveaux textes CAARUD. Les cadres réglementaires pour rédiger ce type de document ont structuré sa construction.³⁹ Au cours de cette construction (travail effectué de décembre 2005 à fin mars 2006, date limite de dépôts du dossier), je me suis adressé à la DDASS pour valider le dossier qu'elle sera chargée de soutenir en commission pour le compte de SIDA Paroles. Un avis favorable est rendu en septembre après passage en commission en juin 2006.

3) Visite de conformité post CROSMS

Suite à cet avis favorable, j'ai demandé une visite de conformité⁴⁰ qui se déroulera en deux temps (novembre 2006 puis mai 2007). Un avis favorable est rendu en novembre 2006. Il est assorti de recommandations en cours d'application.

4) Publication du décret d'autorisation

Enfin le décret d'autorisation CAARUD pour SIDA Paroles est publié le 22 décembre 2006. Sur le plan financier, l'avis favorable de la première mission d'inspection-évaluation avait permis la mise en place d'un commencement de versement de crédits de la sécurité sociale par douzième en anticipation de la décision et en attente des réajustements nécessaires à sa suite.

D'autres étapes sont à venir : la fin de la période de mise en conformité⁴¹ (décembre 2008), l'évaluation interne (décembre 2010), l'évaluation externe (décembre 2012).

³⁸ Elles ont pu porter sur des questions de vie associative (élire un trésorier au poste vacant), de sécurité (extincteurs supplémentaires, meilleure signalisation) et d'hygiène (lave main automatique), d'aménagement (équipement lieu d'accueil), de gestion des ressources humaines (poursuite des efforts de formation des cadres notamment, formalisation de fiches de poste), de gestion budgétaires (analytique et clés de répartition). Elles sont pour la plupart en oeuvre ou en voie de l'être fin 2008.

³⁹ Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁴⁰ Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en oeuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles

⁴¹ L. n° 2002-1487 du 20 déc. 2002, art. 38-IV « À titre provisoire la première autorisation délivrée aux centres (L. n° 2006-1640 du 21 déc. 2006, art. 92-III) de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (L. N° 2005-1579 du 19 dec. 2005, art. 50-IV) et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues » conformément aux dispositions du présent article à une durée de trois ans.

Manager le passage en CAARUD

Le management du passage en CAARUD avec l'équipe est un élément essentiel du processus de transformation. Plus que « comment faire pour devenir CAARUD » qui pourrait se résumer caricaturalement en un cadre fixé par le directeur (objectifs, moyens, calendrier), c'est à « pourquoi devenir CAARUD » qu'il a fallu répondre avec l'équipe, en premier lieu. Quel sens donner à ce projet en pesant ce qu'il y a à gagner et ce qu'il y a à perdre ? C'est à un management participatif que je recourrais non pas seulement pour être en conformité avec les recommandations « réglementaires », mais parce que c'est la garantie de la qualité du projet, de sa réalité in fine. C'est sur les membres de l'équipe que reposera le travail réel effectué auprès des usagers et c'est sur eux que repose une grande part de la qualité des services.

Plusieurs raisons fondent ce choix de management participatif. L'une relève d'une dimension historique et culturelle, l'autre est plus théorique, tirée des sciences sociales.

Sur le plan historique et culturel, la RDR est issue de la lutte contre le SIDA qui a fortement développé les approches communautaires de la santé. Cette approche implique une collaboration forte entre des usagers et des professionnels pour faire vivre un projet de fait participatif.⁴² Elle implique une responsabilisation des usagers. « La démarche communautaire (...) modifie le rapport au savoir [elle privilégie] les approches profanes, par rapport aux approches des spécialistes. (...) Les demandes de la communauté déterminent l'appui des professionnels. Le dialogue [est] horizontal et non plus vertical (...). Les professionnels ne possèdent plus un rôle central, mais sont des ressources pour (...) la population (...). Cette pratique d'accompagnement se traduit par une diminution de la toute puissance du technicien au profit d'un enrichissement mutuel. L'approche communautaire de la santé, la promotion de la santé constitue une porte d'entrée vers le développement [social] puisqu'elle s'appuie sur les potentialités d'une population. »⁴³ Recourir à ces méthodes participatives est donc courant pour les professionnels.

Ils sont par ailleurs habitués à la construction de projets. Ils y sont étroitement associés voire ils en sont à l'initiative. Ce sont ces capacités de développement de projets qui ont permis d'obtenir des financements au gré des appels d'offres sans lesquels rien n'aurait été possible. Décrire une situation, définir des objectifs et des moyens en fonction, mettre en

⁴² La santé communautaire est l'approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active. Elle est théoriquement mise en oeuvre par un groupe associant professionnel et population. La priorité (...) est la promotion de la santé (...). Elle inclut des méthodes de travail qui impliquent à tous les niveaux de l'action de santé (définition, réalisation, évaluation), la participation effective d'une communauté. in TESSIER S., ANDREYS J.B., RIBEIRO M.A., 2004, Santé publique santé communautaire, 2^{ème} éd. Maloine, Paris.

⁴³ Société Française de Santé Publique, avril 2000, Développement social et promotion de la santé, La démarche communautaire, coll. Santé et Société, N°9, Nancy, p.44

place une évaluation, (décrire, chiffrer) constitue un processus bien connu des « réducteur de risques ». De ce fait, associer les membres de l'équipe à la construction du projet CAARUD (dossier CROSMS et du projet d'établissement) est une démarche qui n'a pas posé de difficulté. Elle a, à la fois, permis une valorisation du travail, et donné l'opportunité de poser les problèmes prévisibles ou les craintes liées à ce changement.

Toujours sur ce plan historique et culturel, l'équipe de SIDA Paroles comme d'autres programmes RDR, est teintée d'une dimension communautaire non seulement en termes de travail avec les usagers mais aussi dans sa constitution, certains professionnels ayant eu pour eux-mêmes ou leurs proches, une proximité avec les questions d'usage de drogues. D'un point de vue communautaire, cette dimension constitue une expertise utile au projet global et aux projets spécifiques (partie 3, ERLI).

Sur le plan théorique, ce sont les travaux d'Alter⁴⁴ et de Dejours⁴⁵ qui me paraissent le mieux décrire les raisons d'un choix de management participatif pour construire un projet mais aussi pour nourrir la question de l'évaluation en amont.

« Travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif » nous dit Dejours. Ici le travail se définit comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour atteindre un objectif assigné. Il y ajoute le concept d'invisibilité du travail effectif qui rendrait toute évaluation impossible.

Il est donc clair qu'associer les acteurs à la définition du travail prescrit est un moyen incontournable pour qu'ils soient en capacité d'ajouter ce qui n'a pas été prévu en conformité avec les grands objectifs, d'adapter leurs actes aux situations, enfin d'évaluer la portée et les écarts entre le travail prescrit et le travail effectif.

Le travail « à faire » dans le champ social en général et dans la RDR en particulier, me paraît particulièrement marqué par l'impérieuse capacité des acteurs à devoir adapter leur action en permanence, pour chaque individu. Accueillir, orienter, ne veut pas dire grand chose en soi. Chacun doit en permanence ajouter une façon d'être et de faire pour être dans la prescription (l'objectif, la mission), en faisant ce qui est possible (l'effectif), en étant capable de mesurer les écarts (évaluer) pour les combler (rectification) par une éventuelle nouvelle prescription, etc. En d'autres termes, la plus value qualitative découle de la mobilisation des expériences et des compétences.

Je propose une posture de management PAR le projet capable de donner du sens partagé, plus que du management DE projet que je renvoie davantage aux recours méthodologiques tout aussi utiles soient-ils.

⁴⁴ Op.cit.

⁴⁵ DEJOURS C., mars 2003, L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation, INRA éditions, p.14

C'est pourquoi, le passage en CAARUD a été discuté très en amont, dès les premières négociations collectives qui ont débouché sur les CAARUD. « Communiquer c'est mobiliser » dirait Loubat.⁴⁶ Débattre des enjeux, préparer aux travaux à venir, poser les problèmes à résoudre, seront nos discussions pendant deux ans (2004-2005). Préparer les visites d'inspection, rédiger les documents en vue du CROSM dont le pré-projet d'établissement, préparer ensuite les visites de conformité, n'ont pas été les seuls problèmes du directeur. Ce sont des questions conduites par lui avec la collaboration de toute l'équipe. C'est pour ma part l'élément essentiel qui a permis la réussite de cette première étape, l'obtention de notre statut de CAARUD, objectif qui a entraîné l'adhésion d'une équipe motivée.

1.3. Les effets du processus de changement

Plusieurs types d'effets sont déjà mesurables. Certains représentent des améliorations, d'autres relèvent de l'application de nouvelles règles ou obligations. Ces effets peuvent être décrits en termes d'amélioration, d'avantages, et sinon d'inconvénients, au moins de questions à résoudre, voire d'enjeux.

Certains de ces changements n'ont été qu'une simple adaptation de l'existant, une formalisation. D'autres ont nécessité de s'approprier de nouveaux outils ou d'intégrer de nouvelles contraintes.

En tant que directeur, ce nouveau cadre a exigé de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances. La concomitance entre ce processus de changement que je conduis et mon entrée en formation n'a pas été sans effet non plus : si je connaissais parfaitement le cadre CAARUD pour avoir participé à sa construction, je ne connaissais que très partiellement celui des ESSMS. De ce point de vue, mon entrée en certificat d'aptitudes aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) m'a apporté un accompagnement indirect mais très concret pour la réalisation du processus ESSMS.

Deux catégories de textes font référence : ceux qui encadrent les CAARUD, et ceux qui encadrent les ESSMS.

Pour la première catégorie, il n'y a eu aucune difficulté de mise en place. Les éléments qui constituent ces textes sont connus à l'avance, fruit du travail d'anticipation avec l'équipe. Ils sont compatibles avec l'organisation et n'ont pas entraîné de changements fondamentaux. Les missions CAARUD sont développées en annexe 2.

⁴⁶ LOUBAT J.R, 2005, *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2^{ème} éd. Dunod, Paris, p. 92

La seconde catégorie de références découle des textes cadres des ESSMS, que j'ai beaucoup moins bien maîtrisés en amont. C'est à ce niveau que les adaptations ont été les plus sensibles. Elles sont reprises dans les points qui suivent.

1.3.1. Quels effets pour les usagers ?

Qui sont les usagers⁴⁷ qui fréquentent les dispositifs de SIDA paroles ?

Les usagers de drogues de la boucle nord des Hauts-de-Seine composent le public du CAARUD avec une typologie variée en fonction des différents programmes de SIDA Paroles. Ils peuvent être distingués de la façon suivante, en fonction des lieux où ils sont rencontrés :

- Les jeunes consommateurs rencontrés dans le cadre d'une consultation mobile sur le site de la faculté de Nanterre. Ce sont des étudiants du campus pour la plupart. Ils peuvent être distingués entre ceux qui ne consomment pas mais sont interpellés par leur entourage. Ils peuvent être consommateurs occasionnels ou plus réguliers. Parmi eux, certains sont dans des comportements de consommation abusive et/ou problématique. Ce public est composé de 60% de femmes et de 40% d'hommes. D'autres jeunes issus des quartiers environnants viennent parfois sur la consultation.
- Les usagers « seniors », autour de la quarantaine, présentant ou ayant présenté des consommations chroniques. Ils sont souvent consommateurs et dépendants. Ils sont rencontrés principalement dans le cadre de la boutique, du PES et du travail de rue. Ce sont des hommes à 85% et des femmes pour 15%. Une partie d'entre eux reçoit des traitements de substitution médicalement prescrits. D'autres acquièrent ces traitements par la rue. Les questions de grande précarité sont souvent associées (absence de logement, faibles ressources, absence d'activité professionnelle longue...). 15 % d'entre eux (hommes et femmes) sont positifs au VIH et 60 % au VHC. Certains sont en parcours de soins, d'autres non, ou l'ont abandonné. Enfin, une partie d'entre eux présente des co-morbidités psychiatriques traitées ou non.
- Les usagers rencontrés en milieu carcéral, soit individuellement, soit collectivement. Ce sont majoritairement des hommes (Nanterre, Fleury-Mérogis, Osny). Des femmes sont rencontrées dans les maisons d'arrêt pour femmes (Versailles, Fleury-Mérogis, Fresnes). Le profil de ces usagers est proche des personnes rencontrées sur la boutique et le PES.

⁴⁷ Au sens « personne qui utilise un service public, qui a un droit réel d'usage » et non usagé « qui a beaucoup servi » bien qu'il est signifié « accoutumé, habituel (1289, usagié). Le Robert Historique de la Langue Française

Comment s'exprime leur demande d'accompagnement ?

L'accès à tous les programmes de SIDA Paroles s'effectue sur la base du volontariat. Cet accueil n'est pas conditionné par la formulation d'une demande ou d'un projet de quelque nature que ce soit. Cependant, la nature des programmes conditionne la nature des demandes.

Concernant le lieu d'accueil de jour, 90% des personnes qui s'adressent à SIDA Paroles⁴⁸ le font par le biais du bouche à oreille, les 10% restant étant orientés par les institutions environnantes (CSST, équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD), services sociaux...). Un entretien d'accueil a lieu pour faire part à la personne de la nature de nos offres de service et pour connaître la nature de ses demandes. En première intention, les demandes explicites concernent l'utilisation de services pragmatiques (mise à disposition de matériel, de douches, d'une collation...). Des usagers ne demandent rien d'autre que de pouvoir se poser dans un lieu sans qu'on leur demande rien. C'est aussi ce qui caractérise l'accueil dit bas seuil d'exigence. Des attentes non explicites peuvent être repérées comme d'être reçu normalement, comme une personne et non pas comme « toxico ». Elles peuvent s'exprimer en termes de demandes d'accompagnement social (logement par exemple), ou vers le soin (dépendance, VIH, VHC, psychiatrie), souvent en seconde intention.

Le lieu d'accueil est de ce fait soit utilisé comme une sorte de café, soit comme une plateforme technique de soutien social, sanitaire, psychologique, soit comme un théâtre. Une étude du centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP)⁴⁹ conduite sur la boutique a permis de dresser une typologie originale de l'utilisation du lieu par les usagers. Cela nous a fourni une évaluation de l'utilisation du lieu par les usagers qui est venue compléter l'analyse que les professionnels peuvent en faire.

Concernant le travail de rue, les demandes sont essentiellement centrées sur l'accès aux informations et aux matériels de RDR liés aux consommations de drogues. Elles peuvent se préciser par une demande de soutien social ou médical qui font le plus souvent l'objet d'une orientation vers la boutique.

Concernant la consultation jeune consommateur à la faculté de Nanterre, les demandes sont aussi centrées sur l'information et l'accès possible à des matériels de RDR qu'ils soient liés aux consommations de drogues ou à la vie sexuelle. Ces contacts peuvent donner lieu à la proposition d'entretiens plus formels qui débouchent sur un accompagnement ou une orientation...

⁴⁸ Enquête interne 2003 - 2005

⁴⁹ Op. cit., BARRE M. D., BENECH-LE ROUX P., Du point de vue de l'utilisateur, les chercheurs ont discriminé quatre figures : la « **boutique-guichet** », la « **boutique-café** », la « **boutique-qu'on s'approprie** », la « **boutique-théâtre** », que l'utilisateur selon sa situation, selon les stratégies, combine.

Concernant les personnes incarcérées, leurs demandes de soutien nous sont adressées par courrier.

En résumé, les demandes portent sur :

- 1 - L'information sur les drogues et les risques qui y sont liés
- 2 - L'accès aux matériels et aux conseils de RDR
- 3 - Un accompagnement social
- 4 - Un accompagnement santé
- 5 - Un accompagnement psychologique

Sur le plan collectif, des réunions sont organisées sur le lieu d'accueil de jour permettent un dialogue entre les usagers et les professionnels. Elles concernent le fonctionnement de la boutique (gestion des questions de cohabitation, des changements intervenants comme le passage en CAARUD, réaménagements des locaux...) ou la mise en place d'actions particulières (ateliers santé, organisations de « sorties »...). Des groupes « focus » ont été parfois créés pour des questions particulières ou un projet (mise en place d'un accueil spécifique pour les femmes, réaménagements de locaux...). Des enquêtes internes puis standardisées (voir plus loin) pour mieux connaître les usagers et leurs attentes ont été menées. Ce sont des modes d'expression et de recueil des demandes.⁵⁰

Comment les professionnels y répondent en termes d'accompagnement ?

Les offres d'accueil et d'accompagnement se déroulent soit collectivement soit individuellement. Elles respectent l'anonymat⁵¹ des personnes qui fréquentent les dispositifs et la confidentialité concernant les informations recueillies. Cette dimension est fondamentale pour la « faisabilité » des interventions et surtout à leur acceptabilité par les usagers. Les usagers sont ici usagers de drogues, donc déviants des normes sociales et pénales. La RDR implique de reconnaître les usages et les pratiques sans quoi il est impossible d'intervenir sur ce qu'ils contiennent de risques et donc de s'en prémunir. Le non jugement est un des autres principes d'intervention (sur les pratiques, les choix de vie, de soins ou de non soins...). De même, l'*outreach*⁵² (littéralement atteindre dehors) consiste en des interventions qui vont vers les usagers (dans les quartiers, les lieux de fréquentations) là où ils sont. Cette approche favorise des interventions de proximité soit dans son sens géographique, soit dans son sens culturel (comme des interventions en milieux festifs par

⁵⁰ Ces dispositions ont précédé le Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

⁵¹ Loi du 09 août 2004, Art. L.3121-5. - Les personnes accueillies dans les CAARUD bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite

⁵² Op. cit. A. Coppel décrit cette conception d'intervention, chap. I1 et I7

exemple : raves, teknival, soirées étudiantes...) ou communautaire. Plusieurs éléments conditionnent la nature des réponses faites par les professionnels : les missions réglementaires qui sont celles des CAARUD, les lieux et modalités d'action, les compétences spécifiques du ou des professionnels rencontrés. Il y a lieu d'en faire une typologie.

Les réponses proposent :

- La simple mise à disposition de services et de contacts.
- La mise en place d'entretiens informels ou formels. Ce sont des outils de formulation des demandes / attentes le plus souvent individualisées.
- La délivrance d'une simple information (où s'adresser pour ?), jusqu'à une orientation accompagnée.
- La mise en place d'actions collectives (séances d'informations, formation aux gestes de premiers secours...).
- Une démarche proactive des professionnels, même en l'absence de demande explicite de l'utilisateur en fonction de ce qui est supposé de la situation d'une personne à un moment donné.

La création d'un contact, puis d'un lien de confiance et son maintien, constituent la base de la construction de ces réponses. Les compétences qui les fondent se décrivent en deux blocs :

- 1 Un premier défini par une compétence d'accueil d'utilisateurs de drogues dans un dispositif RDR.
- 2 Un second par une compétence liée à une qualification (psychologue, infirmière, éducateur..) ou une fonction définie pour chacun (référént de programme, secteur ou champ d'intervention particulier...).

Quels changements pour les usagers depuis le passage en CAARUD ?

La loi du 2 janvier 2002 a eu pour objectif de garantir l'effectivité des droits des usagers par la mise en place d'un certain nombre d'outils.

Au conseil de la vie sociale (CVS), préexistait des formes de consultation des usagers de la boutique. Elles sont maintenues. Un règlement intérieur a été transformé en règlement de fonctionnement. Il a été rédigé par des représentants des usagers et l'équipe. Un projet de plaquette de présentation de SIDA Paroles est devenu notre livret d'accueil. Le panneau d'information aux usagers comporte de nouveaux textes dont la charte des droits et libertés des personnes accueillies. En revanche, la liste des médiateurs est absente car ils n'ont pas été désignés, à ce jour, dans les Hauts-de-Seine. Le projet d'établissement est disponible. Les documents confiés par les usagers ou les dossiers qui les concernent restent leur

propriété. Les données collectées sont anonymées. Elles ont été rendues compatibles avec les données standardisées.⁵³

Une disposition réglementaire, la mise en place d'un document individuel de prise en charge (DIPEC), n'est cependant pas encore opérationnelle. Pourquoi ?

Dans son fondement, l'accueil des usagers n'est pas conditionné à un engagement de cesser de consommer des drogues, ni à celui de formuler un projet (social, d'insertion, de soins...), ni même d'avoir une demande explicite. C'est la caractéristique de l'accueil RDR dit « bas seuil d'exigence » ou encore « haut seuil de tolérance » pour les usagers. Formuler une demande, un projet, réaménager ses consommations, voire y mettre un terme, est, en soit, un résultat, pas un préalable.

« Si le principe du bas seuil c'est d'être ouvert à ceux qui ne veulent pas de ce qu'offrent les centres de soins, sa justification ultime est de servir de relais un jour ou l'autre vers ces centres ou d'autres structures de prise en charge. Il convient dès lors de savoir être dans une renégociation permanente de la bonne distance aux normes sanitaires : la « bonne » attitude étant l'accueil dégagé de tout cadre normatif et la réintroduction au moment opportun d'un objectif de soin. »⁵⁴ Le respect de ces principes fondateurs de la RDR pose problème quant à l'application de cette disposition. Je n'en conteste pas le bien fondé, mais j'observe un problème de compatibilité débattu en équipe. Si nous avons pu, antérieurement déjà, recourir à une formalisation de nos relations pour les clarifier avec certains usagers (définir un calendrier, des objectifs), le recours systématique à un DIPEC représente un risque de fuite des usagers.

Dans le travail de rue, le PES, la consultation jeunes consommateurs, la mise en place d'un tel document est difficilement envisageable. De nombreux passages sont furtifs. Entrer en contact avec un usager inconnu dans la rue s'envisage mal : c'est d'abord l'intervenant qui est un inconnu pour l'utilisateur. Pourquoi signerait-il un DIPEC alors qu'il ne demande rien, a priori ? La création même d'un lien constituera un premier résultat avant toute chose. Le reste suivra, peut-être.

Enfin, nos intervenants ont pour obligation de garantir l'anonymat. Comment alors établir un document, individualisé mais anonyme,⁵⁵ pour ce qui ne se définit pas par une prise en charge mais par une offre de service ? La question n'est pas si simple et elle se pose dans

⁵³ Voir chapitre 2, les travaux d'évaluation spécifiques aux CAARUD

⁵⁴ Extrait de la recherche effectuée par le CESDIP op. cit.

⁵⁵ Ce document suppose qu'il soit établi entre deux entités reconnues ou reconnaissables, une institutionnelle avec pignon sur rue (puisque'il faut que cela soit observable et évaluable), une individuelle, d'un individu nommé, reconnaissable, identifiable. Certes l'utilisateur peut faire le choix de lever l'anonymat pour lui-même à notre égard. Il n'en reste pas moins que nous devons assurer la confidentialité des documents, et préserver l'anonymat à l'égard de l'extérieur. Le problème de mise en place de cette disposition n'est donc pas seulement une résistance de principe, mais une question de fond qui mérite réflexion et je la pense indispensable.

les autres CAARUD. Nous attendons les recommandations de bonnes pratiques sur ce point pour progresser.

À l'exception du DIPEC, les dispositions réglementaires des ESSMS relatives aux droits des usagers sont en œuvre :

- 1 L'information des usagers est formalisée
- 2 Les modes de consultations collectifs perdurent

Le système d'information poursuit sa formalisation et est accessible.

NATURE DE LA MANIFESTATION DES DROITS ET DE LA CONSULTATION DES USAGERS		
TYPE D'ACTION	NATURE	EFFECTIVITE
Livret d'accueil	- Support d'information plaquette, présentation synthétique des offres de service	- Septembre 2006
Autres supports d'information	- Plaquette du programme mobile sur la faculté de Nanterre « Le lapin vert » - Site Web	- Septembre 2006 - Juin 2008
Projet d'établissement disponible	- Support d'information plaquette, présentation exhaustive des offres de service	- Juin 2006
Affichages obligatoire	- Charte des droits et liberté des usagers - Liste des médiateurs	- Juin 2006 - Carence
DIPEC	- <i>Inexistant à ce jour</i>	--
CVS	- Réunions d'information générale sur le fonctionnement de la boutique, les projets en cours, les offres de services entre usagers et professionnels	- 6-8 réunions par an depuis 2002

NATURE DE LA MANIFESTATION DES DROITS ET DE LA CONSULTATION DES USAGERS

AUTRES FORMES DE PARTICIPATION

Groupes focus, consultation des usager(e)s sur :	- Accueil spécifique des femmes	- Depuis jan. 2006
	• Réaménagement des sanitaires	- Depuis nov. 2007
	• Mise en place d'un temps d'accueil spécifique	- Depuis jan. 2007
	• Mise en place d'accompagnement en milieu carcéral	
	- ERLI	- Mai 2008, rapport disponible
	• Consultation sur l'intérêt du projet	- 2005
	• Reformulation du règlement / fonctionnement	
Association des usagers aux événementiels	- Sidaction	- 2005
	- Soliday's	- 2004 à 2008
	- EGUS	- 2005, 2008
	- Journées thématiques AFR	- 2008
Association des usagers à la vie quotidienne	- Aide en cuisine	- 2 fois/semaine
	- Gestion machine à laver	- Selon besoins
	- Fonctionnement quotidien	- Selon besoins
Association intervention milieu carcéral	- Présence bilan annuel avec ECS	- 2008
	- Orientation de journalistes	- 2008
Participation aux travaux d'enquête et de recherche	- Recherche CESDIP	- 2005
	- Enquête psychostimulant	- 2006
	- Test Stérifiltre®	- 2006
Participation aux enquêtes de profil / besoins	- Enquête interne	- 2003, 2006
	- ENa-CAARUD	- 2006, 2008

1.3.2. Nouvelles questions de gestion des ressources humaines

L'équipe actuelle de SIDA Paroles compte 11,25 équivalent temps plein (ETP), soit 13 personnes en CDI et 1,8 ETP en CDD, soit 3 personnes. Deux cadres de direction (un directeur, un chef de service) encadrent l'équipe. Un cadre fonctionnel (psychologue) et un responsable du programme boutique apportent leur appui à la direction.

Sa composition relève d'une approche pluridisciplinaire classique et originale. Elle reflète une particularité du secteur de la RDR qui a un impact sur les modalités de recrutement, l'approche communautaire.

Une composition pluridisciplinaire classique pour le secteur social et médico-social : des éducateurs, des moniteurs éducateurs, un psychologue, une infirmière, du personnel administratif et d'entretien.

Une composition plus originale qui intègre des personnes qui ont un parcours de vie avec les drogues pour favoriser le développement des approches communautaires et le travail dit de proximité qui découle de cette approche. Elles peuvent ou non être titulaires d'un diplôme relevant du secteur social ou médico social.

La composition de l'équipe actuelle relève d'une mixité homme-femme, générationnelle et culturelle.

Du point de vue conventionnel, l'association adhère au Syndicat National au service des Associations du Secteur social et médico-social (SNASEA) depuis 1996. À ce titre, elle met en œuvre ses dispositions. Les personnes non diplômées sont embauchées sur des statuts de personnes faisant fonction.

Avant son passage en CAARUD, l'association a mené sa politique des ressources humaines librement. Elle a été suivie par ses financeurs dans la mesure du respect des conventions passées. La fonction de recrutement m'a été déléguée en tant que directeur par le conseil d'administration. À ma charge d'en assurer la réalisation et d'en informer les financeurs a posteriori, mais a priori dans le cadre des enveloppes antérieurement accordées.

Quelles sont les nouvelles questions de GRH posées par le passage en CAARUD ?

La GRH est un des points sensibles du passage en CAARUD parce qu'il change la donne dans le champ des compétences et des qualifications. Il interroge les cadres de références, ce que disent les textes CAARUD, ESSMS et la Convention Collective 66. Il influe directement sur la politique de formation à moyens termes et le recrutement à longs termes. C'est aussi un domaine de confrontation avec la conformité, tournée vers « la norme », où les exigences des tarificateurs sont les plus significatives et où des tensions ont pu naître avec les salariés.

En ce qui concerne les tarificateurs, c'est au travers des observations faites dans les rapports d'inspection puis de conformité que j'ai pris conscience clairement de cette dimension présentée sous forme « d'écarts », « d'amélioration » à apporter. Une seule sera présentée de façon plus injonctive, par lettre spécifique suite à la visite de conformité. Elle concerne la coordinatrice santé, médecin de formation, mais « étrangère », donc non reconnue en France et employée sur un statut d'infirmière.

Sur le plan des compétences et des qualifications, deux situations se présentent. Une où les personnes sont qualifiées dans leur emploi et une où les personnes ne sont pas qualifiées dans leur emploi ou dans le secteur social et médico-social.

Pour les premières, il n'y a pas de question de qualification d'un point de vue réglementaire, mais des questions de compétences pour l'employeur dans le champ de la RDR au-delà de la compétence académique sanctionnée par un diplôme. Connaître les produits utilisés par les usagers, connaître parfaitement les risques et les modes d'exposition aux risques, disposer d'une connaissance des réseaux spécifiques, sociaux, médicaux, juridiques, disposer d'une culture des contextes d'usages, de modes de vie des personnes, être capable de développer une approche communautaire, etc. constituent un socle de compétences indispensables, de mon point de vue, lorsque je recrute.

Pour les secondes qui disposent, par exemple, des compétences décrites, mais sans diplôme, elles sont embauchées « faisant fonction » d'éducateurs ou de moniteur éducateur. D'autres comme les cadres de direction, dont moi-même, ne disposent pas des diplômes CAFDES et certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS). Une autre personne dispose des compétences utiles, mais elle est sur un statut d'infirmière pour exercer des fonctions de coordinatrice. Enfin, une personne exerce des fonctions de « responsable de la boutique », mais sans statut de cadre. Cette fonction de responsabilité s'exerce donc concrètement, mais sans assise statutaire légale.

C'est évidemment sur cette seconde catégorie de personnel que les changements sont les plus sensibles et trois cas de figure se distinguent :

- Les personnes résistent à l'idée de qualification, d'intégration d'une filière diplômante

Trois personnes sont concernées. Une pourrait bénéficier du processus de validation des acquis de l'expérience (VAE), mais se remet difficilement d'un échec au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DEES). Une autre dispose de bien des qualités, mais refuse une formation sociale, VAE incluse (ses représentations de la formation se résument à « un formatage »). Un troisième est mal à l'aise avec la chose scolaire et fuit, avec la plus grande énergie, toute idée d'école...

- Les personnes ont anticipé ou saisi l'opportunité de formation qualifiante

C'est le cas des cadres de direction. Pour ma part, c'est un processus engagé en 2006, pour le chef de service en 2008.

- Il faut envisager de modifier le statut de la personne, il s'agit bien de qualifier et non de déqualifier

C'est le cas de la coordinatrice santé, employée depuis mai 2002 sur un statut d'infirmière faisant fonction puisque ne disposant pas du diplôme d'état d'infirmière. C'est sur ce cas de

figure que la DDASS a signifié ses exigences explicites en me demandant de faire concorder statut et qualification, impliquant le passage d'un diplôme d'infirmière pour la salariée concernée. C'est une demande qui ne convient ni à la salariée qui souhaite acquérir la reconnaissance de sa qualification de médecin, ni au conseil d'administration, ni à moi-même considérant qu'il s'agirait d'une déqualification.

Sur cette question de la qualification des acteurs, du point de vue des textes, plusieurs choses sont à noter.

En ce qui concerne les cadres, la circulaire du 30 avril 2007⁵⁶ clarifie la situation : chefs de service et directeurs devront disposer du CAFERUIS et du CAFDES ou de niveaux équivalents. De ce point de vue, nous nous donnons les moyens d'être dans la norme. Pour les personnes déjà qualifiées dans un emploi, un statut, c'est de la responsabilité de l'employeur de s'assurer des compétences qu'il juge requises dans un secteur, un établissement, un service.

Pour les personnes non qualifiées dans leur statut actuel, plusieurs modalités sont en cours en fonction de ce qui est considéré comme texte. Du point de vue conventionnel, les conditions d'accès à un statut sont définies. Dans cette perspective, la qualification est requise et c'est sur cette base que les statuts obligent à trouver les moyens de régler cette question.

Du point de vue des textes CAARUD, rien n'indique une obligation quelconque en matière de qualification. « Les actions de RDR sont réalisées par les professionnels du champ sanitaire, social, et éducatif, des associations humanitaires, des associations de santé communautaire ou des associations spécialisées. Les intervenants peuvent être rémunérés ou bénévoles. Lorsque des usagers de drogues participent aux interventions de RDR comme animateurs de prévention, ils s'interdisent de consommer des stupéfiants illicites pendant ces activités. »⁵⁷

Il est question d'approche pluridisciplinaire sans que rien ne dise ce qu'elle est et rien n'indique qu'il faille des qualifications particulières. Comme dans d'autres programmes RDR, SIDA Paroles a recruté des éducateurs, des infirmières, des assistantes sociales, des médecins, des psychologues, mais aussi des intervenants non diplômés qui sont issus du milieu dans lequel ils interviennent ou qui en ont une connaissance personnelle, y compris en tant qu'usager⁵⁸ de drogues clairement spécifié dans le texte du référentiel RDR. C'est

⁵⁶ Circulaire NDGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁵⁷ Art 7 du décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques

⁵⁸ Il est donc entendu ici comme « la personne qui connaît bien les usages, les us et coutumes (1320) ou encore « usagé » qui qualifie une personne qui connaît les usages du monde (1735), Le Robert de la Langue Française

dans l'interaction des points de vue disciplinaires que le travail se construit mais rien ne dit quelles professions doivent être requises « obligatoirement ».

Du point de vue des textes encadrant les ESSMS, chaque secteur définit les professions requises par voie réglementaire et textes spécifiques. Mise à part l'application des textes cadres généraux à tous les ESSMS (loi du 2 janvier 2002, décret budgétaire d'octobre 2003), les textes CAARUD ne disent rien de précis sur des types de professions. Le secteur s'est en partie construit sur des professions existantes. C'est ce qui l'apparente au secteur social et médico-social. Mais il est aussi bâti sur d'autres dynamiques comme celle de l'auto support ou de la santé communautaire.

Ce sont des questions qui dépassent le cadre de SIDA Paroles et que rencontrent d'autres CAARUD⁵⁹. Les tendances sont de qualifier les personnes qui le souhaitent, mais aussi de trouver des alternatives pour les autres. Cela passerait par la reconnaissance d'un autre statut, celui d'intervenant de proximité ou d'acteur de santé communautaire. Cela qui a des implications en termes de création d'une nouvelle profession, de référentiels (métier, compétences, formation), d'inscription dans les diverses conventions ou accords, bref, de développement à long terme.

Cette question du profil des intervenants et de leurs particularités n'est pas tout à fait nouvelle dans le champ médico-social en comparaison avec l'histoire de la prévention spécialisée et du traitement de la question des drogues.

P. Lascoumes⁶⁰ décrit les dynamiques bénévoles et les principes d'actions du secteur naissant de la prévention spécialisée à partir de 1930 puis de l'après-guerre : acceptation des pratiques spécifiques des jeunes de l'époque, alliance avec les populations dans le respect des libertés individuelles, attention portée à chacun individuellement. Dans ces pratiques émergentes, des personnes issues des populations, des quartiers, dans une proximité de vie et d'expériences, parfois déviantes, deviennent intervenants, acteurs de prévention spécialisée.

D. Duprez⁶¹ décrit le problème de la professionnalisation en cours et les tensions qu'il pose. L'effet majeur redouté tient en cette crainte d'une perte de proximité avec « le terrain » pour

⁵⁹ Cf. l'interview du Dr. C. Pequard, directrice générale de l'association Charonne, 2^{ème} trim. 2008, « CAARUD, l'épreuve de l'institutionnalisation », Swaps, N°51. Elle y évoque les problèmes de professionnalisation « La plupart ne s'engage pas dans un processus de VAE, souvent compliqué et au résultat incertain. Or, ne plus faire participer d'anciens usagers non qualifiés, c'est la disparition d'une richesse liée à l'expérience personnelle et d'un certain militantisme ».

⁶⁰ LASCOURMES P., 1977, Prévention et contrôle social. Les contradictions du travail social. coll. Déviance et société, éd. Médecine et Hygiène - Masson, Genève, chap. 4.

⁶¹ DUPREZ D., 1985, L'émergence du jeune leader dans les cités populaires et les nouvelles vocations à l'animation, in Problèmes de jeunesse et régularisation sociales. Actes des cinquièmes journées internationales, Vaucresson, 259-267

les intervenants dont l'expérience de vie avait servi de porte d'entrée dans les dispositifs initialement expérimentaux.

C'est une scène qui se rejoue avec la RDR et une partie de ses acteurs. Les résistances de certains salariés de SIDA Paroles s'inscrivent, consciemment ou non, dans cette histoire à dynamiques particulières. Ici, la proximité a plusieurs dimensions. Une liée à un quartier qui procure une connaissance de l'intérieur des espaces, de leurs histoires et de leurs habitants, notamment les usagers. Une, en termes de culture, comme celle du milieu festif qui procure une connaissance des codes, des us et coutumes, des fonctionnements. Une, en termes de proximité avec un parcours d'usage de drogues. Si les deux premières dimensions peuvent comporter des risques de stigmatisation (gens des banlieues - gens dangereux par exemple, ou amateur de techno - jeunes Attila), elles n'ont pas de conséquences pénales en dehors de comportements qui le justifieraient. La « qualité » d'usager de drogues n'entraîne pas les mêmes risques au plan des représentations sociales et surtout au plan pénal qui condamne par essence ce statut.⁶² Pourtant le référentiel RDR est explicite sur la participation d'usagers aux programmes. De ce fait, la construction d'une identité professionnelle sur ces bases n'est pas simple. Devenir éducateur est une porte d'entrée possible pour cette construction identitaire « normative ». Pour certains, cette perspective est vécue comme un renoncement à leur appartenance qui enlève du sens à leur intervention. Ce serait une forme d'éloignement qui mettrait en péril l'expertise acquise, et leur capacité même d'intervention basée sur la proximité qu'ils revendiquent. Ces questions ne sont donc pas tout à fait neuves, mais elles sont actives.

Dans tous les cas, elles ont des conséquences sur les plans de formation puisque c'est sur plusieurs années qu'il faut inscrire ces mises en conformité sans pour autant attendre que tout soit résolu et sans écarter des solutions originales. Pour résoudre les problèmes subsistants, plusieurs options sont développées.

- Une première option consiste à favoriser la VAE.
- Une seconde propose de favoriser l'accès à une formation, mais non médico-sociale, pour obtenir un niveau.

Dans ces deux cas, le recours au droit individuel à la formation (DIF) et la mise en place de bilans de compétences sont en discussion avec les salariés. Une troisième visera l'obtention d'une reconnaissance du statut de médecin, processus de qualification⁶³ à la place d'un effet de déqualification.

⁶² Je suis intervenu sur ce thème au cours d'une table ronde organisée par le SIDACTION en Juin 2005, sur le thème « 20 ans après, quelle place pour les malades dans les associations ? ». Mon texte s'intitulait « Même dans le communautaire, mieux vaut être riche, beau et célèbre que pauvre, moche, dépendant et bien connu des services de police. »

⁶³ Ce processus est entamé depuis 2007 et cette collègue assure une consultation en tabacologie avec l'hôpital partenaire pour conserver un lien avec sa culture professionnelle. Une

Pour conclure sur cette question de l'impact de l'institutionnalisation du point de vue GRH, trois points peuvent être concrètement discernés pour traiter de l'évaluation.

D'une part, l'évaluation de la situation, de la gestion de l'équipe, de l'existant au regard de la conformité : qualifications acquises, qualifications en cours, questions restantes. Elles relèvent pour partie d'obligations et devront être réglées ou en voie d'évolution à la prochaine visite de conformité. Elles concernent le travail de direction sous le double regard du conseil d'administration et des tarificateurs. Il est basé sur des rapports indiquant les points d'amélioration à apporter. Si cette dimension relève des compétences de contrôle des tarificateurs, elle a des effets sur les dimensions évaluatives prévues. Des effets à l'externe par nature, mais aussi à l'interne, ne serait-ce que pour mesurer nos capacités propres à mettre en œuvre les processus requis ou la compatibilité des calendriers d'actions (le temps de régler les problèmes) avec les calendriers réglementaires.

D'autre part, mettre en place l'évaluation avec l'équipe, les atouts (habitude des logiques de projets, une pratique de recueil des données existantes, implication-participation habituelle...), les freins (les notions de contrôle, les difficultés réelles de recueil de données, la maîtrise des outils, des procédures), qui relève du management décrit plus loin. Enfin, cette question de la particularité d'une partie des acteurs inscrits dans une démarche communautaire, une intervention de proximité fondée sur leur parcours de vie, devrait elle-même faire l'objet d'un travail d'évaluation. Quelle en est la plus value ? Cette situation ne génère-t-elle pas des problèmes spécifiques ? Comment rendre cette spécificité, et est-elle totalement assumable ?

1.3.3. Les changements de régimes financiers et de dialogues avec les financeurs devenus tarificateurs

Si c'est un domaine qui a techniquement évolué, c'est aussi le point d'amélioration le plus sensible.

Quelle était la situation précédente ?

Sur le plan budgétaire, l'association était financée par appels d'offres publics (DDASS, CG) ou privés (Sidaction, Solidarité SIDA) annuels. Ce sont des crédits alloués par convention sur projet sans garantie de renouvellement.

En ce qui concerne SIDA Paroles, la DDASS et le CG du 92 finançaient pratiquement à part égale et en principal (80% du budget) les actions de SIDA Paroles dans le cadre d'un plan

première tentative d'obtention d'équivalence effectuée en novembre a échoué à quelques dixième de points prêts. Une seconde tentative est programmée en application de l'arrêté du 28 avril 2008 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française mentionnée aux art. L. 4111-21 et L. 4221-12 du code de santé publique

départemental triennal de lutte contre le SIDA, le VHC et les conduites à risques.⁶⁴ D'autres appels d'offres étaient saisis « en opportunité » soit pour améliorer le financement général, soit pour développer une nouvelle action en fonction de l'évolution des politiques publiques (projet de recherche,⁶⁵ consultation jeune consommateur⁶⁶).

En termes de calendrier, le budget prévisionnel s'élaborait en avril sur la base des comptes de l'année précédente finalisés en mars. Il était ensuite validé en assemblée générale vers mai-juin pour transmission aux financeurs principaux, DDASS et CG. Ces dossiers étaient instruits dans l'été, précédés d'une procédure simple de rendez-vous conjoint entre les deux administrations et les représentants de SIDA Paroles, le président et le directeur. Un accord était prononcé en juillet pour le CG, en septembre pour la DDASS. Les versements pouvaient alors intervenir fin septembre début octobre au mieux pour le CG et en décembre pour la DDASS, voire en janvier de l'année suivante. S'ensuivait une situation de trésorerie qui voyait un afflux très important en fin et début d'année permettant de faire face aux besoins d'exploitation courante jusqu'en juin et l'obligation de recourir à l'emprunt⁶⁷ pour couvrir les six derniers mois. Ces questions étaient parfaitement connues des administrations. Des améliorations ont pu être apportées comme un dossier de négociation en commun, un plan triennal qui, sans le garantir en droit à 100%, permettait un minimum d'anticipation. Mais la gestion de cette situation n'est pas aisée et elle génère des surcoûts totalement imputables au système.

En parallèle, d'autres calendriers d'appels d'offres ont cours. Ils ont des rythmes, des documents budgétaires ou de projets, des modes de versements parfois fractionnés, qui leurs sont propres. C'est un des autres surcoûts, en temps, en gestion, en procédures, en multiplication des interlocuteurs et des dossiers.⁶⁸

En résumé ces crédits antérieurs ont eu pour caractéristiques :

- D'être renouvelables, mais non reconductibles. Ils ont cependant été concrètement maintenus pour les financeurs principaux jusqu'au passage en CAARUD.
- D'être à taux constants (2001 à 2005). De ce fait, le recours à d'autres ressources est un moyen de combler les augmentations mécaniques en l'absence de taux directs et de mesures nouvelles (salaires, loyers,

⁶⁴ C'est une situation assez unique en France de coopération des deux administrations sur ces thèmes qui a largement favorisé le développement des programmes comme celui de SIDA Paroles.

⁶⁵ COPPEL A., ROGISSART V., 2006, Enquête exploratoire portant sur les psychostimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région Parisienne, SIDA Paroles. Cette enquête a été financée par la DGS.

⁶⁶ Consultation à destination des jeunes consommateurs financée par la MILDT. L'action se déroule sur le campus de la faculté de Nanterre depuis 2003

⁶⁷ Recours à la loi Dailly qui facilite les relais de trésorerie bancaire

⁶⁸ Huit à dix dossiers par an

transports).

- D'être volatiles pour certains d'entre eux : les fonds privés par manque de ressources ou changement de priorité. De ce fait, des actions ont pu être suspendues.
- De ne pas être accordés rendant impossible la réalisation de l'action nouvelle prévue.
- D'être négociés et versés très tard dans l'année ce qui posait des problèmes de gestion à courts termes (le prévisionnel l'est réellement...) et de trésorerie pour couvrir l'exploitation courante.
- De générer une gestion prévisionnelle difficile, une tension toute l'année pour le maintien de l'existant et un développement suspendu à de nouvelles ressources.
- De créer une situation de trésorerie artificiellement tendue qui nécessite des recours bancaires générant des surcoûts.

Qu'est-ce que le passage en CAARUD a modifié ?

Devenir CAARUD a impliqué d'intégrer les règles de fonctionnement des ESSMS conformément au décret budgétaire d'octobre 2003. Les changements qui sont intervenus sur le plan budgétaire ont concerné :

- Le calendrier des discussions budgétaires
- La nature et la présentation des documents comptables et financiers
- La gestion de la trésorerie

Le premier point est un réel progrès pour SIDA Paroles. La situation précédente réduisait les capacités d'anticipation. Le décalage « en amont » du calendrier réglementaire donne certes de nouvelles obligations au conseil d'administration (adoption du prévisionnel avant le 31 octobre N, adoption des comptes administratifs avant le 31 avril N+1), mais sans rien modifier au fond. Cette forme de procédure existait antérieurement (adoption des comptes et du budget prévisionnel en N+1 par l'assemblée générale).

Nous avons aujourd'hui des taux directeurs, des possibilités de prise en compte de l'évolution des coûts. Ils sont devenus pour certains opposables. Autrement dit, si nous sommes passés vers des enveloppes de crédits limitatifs, nous sommes sortis des crédits limités.

Le second point implique des modifications de présentation des documents comptables (budgets prévisionnels, comptes administratifs), et une adaptation technique. Nous sommes

passés d'une présentation budgétaire à une autre,⁶⁹ d'un type d'outil à un autre. J'avais déjà fait le choix d'internaliser la comptabilité en 2005 pour une meilleure maîtrise. Le départ de la secrétaire en poste fin 2006 a permis le recrutement d'une secrétaire comptable. Ces nouvelles compétences ont facilité cette mise en place.

Le troisième point est une révolution : nous sommes sortis des problèmes de trésorerie. Le simple versement régulier de la dotation par douzième a résolu les problèmes de trésorerie et je n'ai plus besoin de recourir à l'emprunt pour assurer la couverture des dépenses d'exploitation courantes.

Reste malgré tout une difficulté liée à l'application dans le réel d'un calendrier budgétaire « normal » pour un ESSMS. En effet, si je respecte les délais calendaires imposés, l'administration n'est en revanche pas en mesure d'appliquer des délais raisonnables. La notification budgétaire 2007 n'a été obtenue qu'en décembre par exemple. Cela limite pour une part les capacités d'anticipation ou de réadaptation budgétaire en cours d'exercice et cela pose le problème de certaines mesures nouvelles connues trop tardivement pour être mises en œuvre.

Alors que le secteur peut s'inquiéter d'une réduction d'autonomie (autorisation de fonctionnement conditionnée, affectation de résultat), ce passage représente un changement positif fondamental pour SIDA Paroles au plan budgétaire et financier malgré les problèmes de calendrier évoqués.

1.3.4. Les adaptations réglementaires et structurelles

Au plan structurel, peu de modifications sont intervenues, hormis quelques aménagements des locaux qui ont été nécessaires. L'organisation précédente des services a été reconduite à l'identique.

Une exception cependant : la « structure » cuisine. À l'ouverture de la boutique, café, thé, et collations sont proposés aux usagers. À mon arrivée en 2002, ce sont des boîtes de raviolis, puis des pâtes cuisinées maison sur un « deux plaques » qui sert aux salariés pour réchauffer leur propre repas. Ces conditions sont impossibles et j'entreprends des transformations pour disposer d'une vraie cuisine sur le lieu d'accueil. Nous y parvenons début 2006.⁷⁰ Le public alors accueilli comporte une large part de personnes sans domicile

⁶⁹ D'une présentation classique des comptes d'exploitation (60, 61, 62... pour les charges, 70, 71, 72... pour les produits) à la présentation par groupes fonctionnels de charges et produits conformément au Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique

⁷⁰ Des aménagements en nets progrès au regard de la situation précédente, et des appareils « professionnels » sont installés : four, lave-vaisselle, réfrigérateur estampillés « collectivité »...

fixe et le repas du midi est souvent le seul de la journée.⁷¹ C'est un moment de convivialité et un support pour une implication des usagers dans la gestion de la cuisine. C'est une offre attractive qui permet de nombreux nouveaux contacts. La DDASS et le CG connaissent parfaitement la situation.⁷² Le passage en CAARUD mettra fin à cette offre de service dans sa forme telle que décrite. Lors de la visite de conformité, le sujet n'est pas abordé et de fait il n'en est pas question dans les rapports. C'est un domaine où la réglementation est sévère. Nous en sommes loin. Par exemple, l'espace cuisine est ouvert sur le lieu d'accueil. Les professionnels qui mettent la main à la pâte, tout comme les usagers, y circulent librement sans les tenues vestimentaires réglementaires. Les règles strictes de conservation, de stockage ne sont pas en vigueur... Le café et le thé sont restés. Les repas quotidiens ont cessé. En revanche, nous organisons désormais un atelier cuisine deux fois par semaine. La nouvelle donne réglementaire a d'abord un effet de reconnaissance d'un nouveau secteur et de ses acteurs, et un effet structurant. Il sécurise. Il est désormais possible de se référer à la loi qui légitime les missions de RDR. C'est un outil de direction : il définit un cadre dans lequel se pilotent le dispositif et les offres de services qu'il déploie. Il légitime l'intervention des acteurs.

1.3.5. Un autre positionnement dans l'environnement

C'est le domaine où l'impact du passage en CAARUD est le plus lent à mesurer. Au travers de ses différents programmes, SIDA Paroles a classiquement de nombreux interlocuteurs et partenaires. Dans les effets les plus repérables à ce jour à l'égard de certains d'entre eux, je relève un effet sur la banque et un effet sur les centres de soins inscrits dans notre environnement direct. Par ailleurs, des liens se tissent avec d'autres CAARUD.

Pour la banque, nul doute que notre solvabilité s'est accrue. Déjà en bons termes, parce que nous jouons le jeu de la transparence, nos interlocuteurs sont encore plus enclins à s'intéresser et à soutenir notre développement. Par exemple, nous discutons de l'hypothèse d'acquiescer des locaux. Obtenir un agrément sur quinze ans n'est pas une certitude absolue sur la durabilité d'un dispositif, mais c'est plus solide qu'une reconduction annuelle.

Les CSST futurs CSAPA du département avec lesquels nous travaillons ont renforcé leur demande de partenariat. Pour que cela puisse être formalisé, ces collaborations se traduisent concrètement par des demandes de conventionnements. Elle porte sur des principes généraux de collaboration (orientation réciproque de patient, coordination des prise

⁷¹ 20 à 25 repas étaient servis quotidiennement

⁷² Visites des locaux, offre de service largement décrite dans nos rapports d'activités annuels, informations sur le réaménagement

en charge commune) ou des projets particuliers sur le terrain (actions RDR en direction de jeunes avec le CSST Trait d'Union, projet prison commun avec le CSST la Fratrie).

Enfin, la consolidation de liens avec d'autres CAARUD s'opère soit dans le cadre de projets d'action communs (intervention en milieu festif⁷³, projet ERLI⁷⁴), soit dans la recherche d'outils de gestion commun (voir plus loin un projet progiciel pour gérer nos activités respectives).

Ce chapitre est d'importance pour notre sujet. Le projet d'établissement, les services rendus aux usagers, le respect de leurs droits, constituent le cœur de l'évaluation interne. Au-delà des résultats (nombre d'actes, files actives), la nature des offres, leurs modalités de mise en œuvre en seront les éléments essentiels. Il apporte des éléments de diagnostic et d'analyse sur l'existant qui permettent de positionner le travail d'institutionnalisation et d'évaluation qu'elle implique.

⁷³ Le CAARUD Proses, Montreuil

⁷⁴ Le CAARUD Gaïa, Paris

2. L'évaluation, un enjeu pour s'inscrire dans la durée

La première partie de ce travail avait pour objectif de présenter le contexte et les enjeux d'une structure inscrite dans une histoire particulière où la question de l'innovation, la place des usagers, et l'évaluation ont tenu une place particulière.

Cette seconde partie vise à présenter les éléments d'analyse qui me sont utiles pour traiter de l'évaluation dans le cadre de l'institutionnalisation de SIDA Paroles.

L'évaluation est un thème qui engage de nombreuses dimensions : méthodologiques, techniques, éthiques, politiques, économiques. Des différents auteurs⁷⁵ qui s'y sont confrontés et sans nier la complexité de cette question, je retiens deux observations fréquemment développées : la différenciation entre contrôle et évaluation, la question des limites de l'évaluation.

Contrôle et évaluation

Les textes issus des travaux du Conseil National de l'Évaluation (CNS), transformé depuis en Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), nous disent : « L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. »⁷⁶

La première version du guide de l'évaluation interne précise que « Le contrôle, au sens de la loi du 2 janvier 2002, consiste en une vérification destinée à apprécier le « bon » fonctionnement d'un système, au regard de règles administratives, réglementaires ou préalablement édictées qui s'imposent au secteur : le contrôle est réalisé par les autorités institutionnelles compétentes.⁷⁷ La non conformité peut appeler une sanction. Les résultats de l'évaluation ne débouchent pas sur une sanction. Le processus évaluatif doit (lui) permettre une meilleure compréhension de l'établissement ou du service et de ses modalités de fonctionnement et aussi de construire des pistes susceptibles de faire progresser l'établissement ou le service sur certains points que l'évaluation a permis d'identifier. »

Ces textes distinguent contrôle et évaluation. Il n'en reste pas moins que l'évaluation interne constituera un élément essentiel de l'évaluation externe. Son absence est un signe de dysfonctionnement pouvant aller jusqu'à la suspension de l'autorisation de fonctionnement.⁷⁸

⁷⁵ Dont les auteurs cités, consultés pour ce travail.

⁷⁶ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁷⁷ Le renforcement de la notion de contrôle est clairement posée dans les textes, voir « La loi du 2 janvier 2002 : l'évaluation au delà du contrôle » in BOUQUET, JEAGER, SAINSAULIEU, p. 23-24

⁷⁸ Voir plus loin art. 321-1 du CASF

C'est à mon sens un puissant levier de contrôle et une illustration de la frontière tenue entre contrôle et évaluation dans ce cas précis.

Les lois cadres des ESSMS prévoient bien des mesures de contrôle. Un des attendus des procédures budgétaires est de dégager du temps aux personnels administratifs pour exercer leurs fonctions de contrôles des ESSMS. Ce sont certes deux objets distincts, mais ils sont en fortes interactions (voir chap. III.2). Raison de plus pour s'attacher à cette question sans nier les dérives possibles.⁷⁹

Les limites et les avantages de l'évaluation

C'est un point de consensus, l'évaluation a des limites. Il n'est pas possible de tout mesurer, de rendre compte de tout dans la réalité. La subjectivité est de mise et les moyens d'objectiver au mieux sont difficiles à maîtriser⁸⁰ au long court. Les méthodes sont multiples, il va falloir choisir « la » démarche, « le » référentiel.

Sur un autre registre, elle comporte des risques à termes de comparabilité entre établissements dans un secteur où la dimension concurrentielle est forte. Peut-on tout juger seulement sur des résultats ? Sur quelles bases vont-ils être interprétés ? Par qui ? N'y a-t-il pas un risque de remise en cause de dispositifs jugés non rentables ou aux fonctionnements atypiques ? La RDR n'y serait-elle pas exposée ? Pour les CAARUD et la RDR, l'évaluation a été et est encore une alliée incontestable. D'un point de vue global, l'épidémiologie montre des résultats au plus grand bénéfice des usagers. D'un point de vue micro, l'évaluation montre par exemple que le droit des usagers tel que défini dans la loi aujourd'hui a été anticipé dans bien des aspects.⁸¹ C'est un secteur innovant de ce point de vue.

Enfin, la culture de projet qui a permis à la RDR de se mettre en place sur un mode expérimental pendant 15 ans, a fait intégrer une culture de l'évaluation quantitative (file active, matériels distribués, actes accomplis...) et qualitative (rapports d'activités, travaux de recherches) pour rendre des comptes en termes d'effectivités d'activités⁸² mais aussi pour rendre compte des situations rencontrées et défendre des pratiques professionnelles émergentes. À SIDA Paroles, les acteurs écrivent et décrivent.

Au fond, les obligations auxquelles je dois me conformer dans le cadre de l'institutionnalisation de SIDA Paroles en tant que directeur, institutionnalisent des pratiques

⁷⁹ Comme celles citées par R. JANVIER, un contrôle accru au nom de la transparence et une maîtrise des actes professionnels au nom des références aux bonnes pratiques, in BOUQUET, JEAGER, SAINSAULIEU, p. 133

⁸⁰ Voir à ce sujet un article de GERARD F.M (2002) L'indispensable subjectivité de l'évaluation, Antipodes, n°156, avril 2002, 26 - 34

⁸¹ L'habitude de consultations collectives, les personnes au centre de leur propre projet, association des personnes dans les programmes liée à la culture communautaire.

⁸² Qui conditionnent le renouvellement des moyens notamment, enjeu majeur.

existantes ou préexistantes, pratiques d'évaluation comprises. Elles vont devoir évoluer, mais l'intérêt prime sur les limites.

C'est le moyen pragmatique de rendre pérennes les services de SIDA Paroles, c'est-à-dire de rendre pérenne l'accès des usagers à leurs droits. Enfin, l'évaluation est aussi un moyen de faire valoir de nouveaux besoins ou de montrer les limites des dispositifs. Pour R. Janvier : « L'évaluation peut représenter une opportunité pour légitimer l'action sociale (...), [elle] peut permettre de mettre en valeur la plus value sociale apportée par les établissements et services. »⁸³

Le lecteur comprendra qu'il s'agit là d'un positionnement à partir duquel je construis mon travail de direction sur le terrain. Il y a bien lieu de tenir compte de cette dimension contrôle et la période de mise en conformité spécifique aux CAARUD en est la manifestation concrète. Il y a bien lieu de mettre en place le processus d'évaluation interne (auto-évaluation) qui précédera l'évaluation externe. Il y a des marges de manœuvre, les établissements sont appelés à être créatifs, mais... en cohérence avec les dispositions et recommandations des politiques publiques. Ces précisions faites, reste à décrire les éléments qui me permettent de cadrer ce travail et de le développer en interne et à l'externe de SIDA Paroles.

2.1. ESSMS et CAARUD, deux sources réglementaires qui encadrent l'évaluation

2.1.1. L'évaluation dans la loi du 2 janvier 2002

La lecture des textes qui définissent les obligations générales des ESSMS en matière d'évaluation représente une première étape pour en comprendre les enjeux et le processus. Apparaît ce qui est clairement défini, mais aussi ce qu'il reste à définir (CASF).⁸⁴

1) Les établissements et services mentionnés à l'art. L. 321-1 **procèdent** à l'évaluation (interne) de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations des bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carences élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services par l'ANESM (L. n° 2006-1640 du 21 déc. 2006, art. 85-1).

⁸³ Op. cit., P. 147

⁸⁴ Art. L. 312-8 (L. n° 2002-2 du 2 janvier 2002), art.22 et Section V Évaluation et système d'information L. n° 2002-2 du 2 janvier 2002, art. 14-VI

Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

2) Les établissements et services sociaux **font procéder** à l'évaluation (externe) de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. (...) Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour des catégories d'établissements ou de services pour lesquels les procédures références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'ANESM.⁸⁵

Le CASF stipule enfin (art. 321-1) que « L'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au 2^{ème} alinéa de l'art. 321-8. »

Ces textes sont complétés par un décret qui fixe la forme, le contenu, les objectifs de cette évaluation externe.⁸⁶

Ces textes posent le principe d'une double évaluation, interne puis externe. Elle s'impose et détermine la reconduction d'une autorisation. Elle « invite » les secteurs et les établissements à s'en saisir pour déterminer les procédures, références et recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Comment s'y prendre alors ? En s'appuyant sur les outils existants et en étant pro-actif quant à la construction des outils manquants.

2.1.2. Les travaux d'évaluation spécifiques aux CAARUD

En toute logique avec l'article R 314-50,⁸⁷ deux documents d'évaluation spécifiques aux CAARUD « s'imposent » avec le statut. Ils sont clairement identifiés et annexés à la circulaire d'application CAARUD du 2 janvier 2006. Le document ASA-CAARUD, rapport d'activité standardisé annuel, et le document Ena-CAARUD, une enquête nationale une semaine donnée effectuée tous les deux ans auprès des usagers des structures. Le premier

⁸⁵ Souligné par l'auteur

⁸⁶ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁸⁷ « Un rapport d'activité (...) est joint aux comptes administratifs et décrit pour l'exercice (...) l'activité et le fonctionnement de l'établissement (...). Les informations qui doivent y figurer (...) au titre de la description de l'activité et du fonctionnement sont fixés par arrêté des ministères compétent pour fixer, pour chaque catégorie d'établissement, les tableaux de bord mentionnés à l'art R 314-29

document fait l'objet d'un arrêté en date du 16 janvier 2006.⁸⁸ Il est destiné à être joint au compte administratif à la clôture de chaque exercice. Il est transmis par chaque établissement à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année qui suit l'exercice clos et a donc un caractère obligatoire. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est chargé de son exploitation. Les données sont disponibles sur leur site Internet en n+2. Ce document compile des données globales concernant chaque structure (nature et montant des budgets, nature de l'équipe et effectif, données de file active [nombre de passages, de personnes, genre, nombre d'heures consacrées aux accueils, nature des consommations], nature des activités à l'intérieur et à l'extérieur, nature des matériels mis à disposition, nature des partenariats, série de questions sur d'éventuels phénomènes nouveaux [type de produits, de consommation, de population...]).

Le second document porte sur les personnes accueillies dans les CAARUD. Il collige des indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des usagers. Ce questionnaire est renseigné tous les deux ans (entretien individuel volontaire mené par un salarié auprès des usagers des différents programmes) sur une semaine donnée (novembre). Il a pour objectif de contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes des usagers. L'OFDT est chargé de traiter ces données directement transmises par les établissements.

Ces deux documents auront une fonction importante dans le travail d'évaluation interne et externe. Ils fourniront une bonne part des données quantitatives. Restera à les colliger, à en faire des comparaisons, une lecture sur une période, 5 ans si l'on considère le rythme des évaluations internes.

En termes d'intégration de ces nouveaux outils, il s'agit d'une adaptation plus que d'une pratique nouvelle. Au document ASA-CAARUD préexistait une compilation de données statistiques effectuée par les membres de l'équipe (recueil de données au quotidien, recoupements...). Au document ENa-CAARUD préexistait une enquête interne menée (2003 et 2005). Elle visait à une meilleure connaissance des usagers des programmes de SIDA Paroles. Il y a bien eu des remarques de l'équipe sur ces documents, l'appropriation d'un nouvel outil suscite toujours des réactions : « trop détaillé », « trop imprécis », « impossible de renseigner ça », « mais comment ce fait-il que cela ne figure pas ? »...

⁸⁸ Arrêté du 16 janvier 2006 fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Ils procurent malgré tout des bases pour les travaux d'évaluation interne. Leur structuration est encore en cours, ces documents ont fait et font l'objet de négociations⁸⁹ pour les améliorer. J'y représente SIDA Paroles. C'est un moyen qui me permet de porter les critiques et propositions des intervenants de SIDA Paroles. Interne et externe sont en interaction.

2.2. Le traitement des questions d'évaluation à SIDA Paroles, points d'étapes et perspectives

R. Janvier⁹⁰ distingue les deux niveaux d'évaluation interne et externe. « L'interne vise à l'amélioration des pratiques, l'externe vise l'adéquation aux missions déléguées dans le cadre de l'autorisation. » Elles ont cependant un périmètre commun et l'évaluation externe aura d'abord à vérifier la présence d'un processus interne. Chacune nécessite de recourir à des références de bonnes pratiques qui se construisent à la fois en interne et en externe. Il y a lieu de travailler sur les deux plans en parallèle. C'est l'objet de ce chapitre.

2.2.1. Travailler l'évaluation à l'externe

- **Au niveau national, dans le cadre des travaux du groupe « Évaluation de la réduction des risques » de la Commission Nationale des Addictions (CNA)⁹¹ créée fin 2006.**

Cette commission a pour mission de suivre la mise en place du plan addiction⁹² et son évaluation. Elle a mis en place trois groupes de travail chargés de faire des propositions sur des thèmes jugés prioritaires : l'hébergement, l'évaluation des traitements de substitution, l'évaluation de la RDR. Responsable de ce dernier, j'ai constitué un groupe avec des membres de la CNA⁹³ et des représentants des réseaux associatifs impliqués⁹⁴ dans la RDR. Avant toute chose, pour m'assurer d'un concours compétent, j'ai sollicité l'OFDT, membre de la CNA et expert dans les domaines de l'évaluation en matière de drogues et toxicomanie. Notre mission est de faire des propositions de cahiers des

⁸⁹ Avec la DGS bureau des addictions

⁹⁰ Op. cit.

⁹¹ Co-Présidée par la DGS et la DHOS, elle est composée de représentants du cabinet du ministre de la santé, de représentants de l'administration de la santé (DGS, DHOS), des organismes publics et para-publics compétents (MILDT, INPES, OFDT, HAS), des représentants d'organisations professionnelles (ordres des médecins, des pharmaciens), et de personnes qualifiées, le plus souvent représentantes d'associations, ce qui est mon cas.

⁹² Plan gouvernemental quinquennal pour traiter les addictions en France et paru le 15 novembre 2006.

⁹³ Des représentants des administrations ou d'organismes experts, DGS, MILDT principalement, mais aussi l'InVS

⁹⁴ AIDES, ASUD, SOS DI, SAFE, ANIT

charges qui permettent l'évaluation des différentes composantes de la RDR⁹⁵. La méthode de travail proposée par l'OFDT et validée par le groupe a d'abord consisté en la mise à plat des politiques publiques pour :

1. Les reformuler en objectifs généraux et intermédiaires à atteindre.
2. Déterminer l'ensemble des conditions qui permettent de les atteindre,
3. Établir un cahier des charges sur les composantes de la RDR.

Ce travail est en cours depuis février 2007, à raison d'une séance par mois. Je devrais être en mesure de présenter un premier schéma d'analyse globale pour la fin de l'année 2008. L'enjeu est ici de produire un cahier des charges concerté pour servir de base aux évaluations internes et externes à venir. L'objectif est ensuite de le soumettre à l'ANESM compétente pour sa validation.

- **Au niveau régional à l'initiative de la DRASSIF.**

C'est un groupe de travail piloté par le médecin inspecteur régional et l'inspectrice DRASSS chargée de la RDR. Il réunit les CAARUD franciliens (22 en tout). Il a pour objectif de produire un référentiel des bonnes pratiques destiné aux structures et de faciliter leur travail d'évaluation interne en venant compléter les textes actuellement disponibles. La méthode de travail s'appuie sur la recherche de consensus pour décliner le contenu des missions à remplir par les CAARUD. Des réunions sont organisées par thème, en fonction des 7 missions des CAARUD. C'est ce référentiel qui viendra influencer à termes sur le travail d'évaluation interne de SIDA Paroles. Je suis rapporteur de ce groupe. Démarrés en mars 2007, ces travaux devraient être clos en octobre 2008.

Il est ici utile de préciser que ces travaux menés en parallèle au plan national et régional doivent pouvoir se rencontrer bien qu'ils partent de deux logiques très différentes. La première réunit des têtes de réseaux et raisonne sur la base des politiques publiques. L'autre réunit les représentants des terrains et raisonne en termes de consensus sur des pratiques professionnelles qui déclinent les politiques publiques (les missions CAARUD). Le groupe régional attend les propositions du groupe RDR de la CNA pour y intégrer les siennes, le médecin inspecteur régional et l'inspectrice régionale participants à ce dernier.

⁹⁵ Évaluer le rôle des pharmacies en France, la mise à disposition de seringues aux usagers de drogues par exemple. Représentant l'AFR, j'ai milité en faveur d'une formulation des recommandations destinées aux évaluations internes et externes

- Enfin, retour **au niveau local** dans l'environnement direct de SIDA Paroles, et à SIDA Paroles.

C'est à ce niveau que je m'attache à adapter nos outils et processus d'évaluation avec l'équipe sur la base du projet d'établissement, des obligations actuelles en matière d'évaluation (ASA et Ena-CAARUD), des dispositions à venir (futurs référentiels et cahier des charges), du droit des usagers. Dans l'environnement réglementaire immédiat, ce sont les autorités de tarifications, DDASS et Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), auxquelles il faut référer. Ce sont elles qui diligentent les visites de conformité dont celle qui sera effectuée à l'issue des trois premières années de fonctionnement en CAARUD. Elle sera une évaluation-contrôle de ce que nous auront fait pour être conforme en tant qu'ESSMS et en tant que CAARUD. Le processus d'évaluation interne relève lui d'une autre dynamique. S'il doit être prévu, anticipé, inscrit dans notre projet et notre fonctionnement pour participer à notre conformité (mise en place de processus et de procédures), il reste un objet de travail en cours d'élaboration.

Pourquoi je me suis investi dans ce travail ?

En termes d'analyse, les textes cités ne donnent que des indications sur certains aspects de ces obligations d'évaluation. Par exemple, la périodicité est fixée (5 ans, 7ans, 15 ans), les auteurs de l'évaluation sont décrits (la structure à l'interne, un organisme extérieur habilité pour l'externe), les instances validantes sont citées (l'ANESM), les destinataires sont indiqués (les autorités de tarifications).

En revanche, les contenus et méthodes sont renvoyés aux notions de « procédures, références et recommandations des bonnes pratiques professionnelles », elles-mêmes renvoyées vers les acteurs puisqu'elles sont soit « élaborées par le secteur et validées par une instance nationale (l'ANESM), soit élaborées par cette dernière en cas de carence du milieu professionnel. »

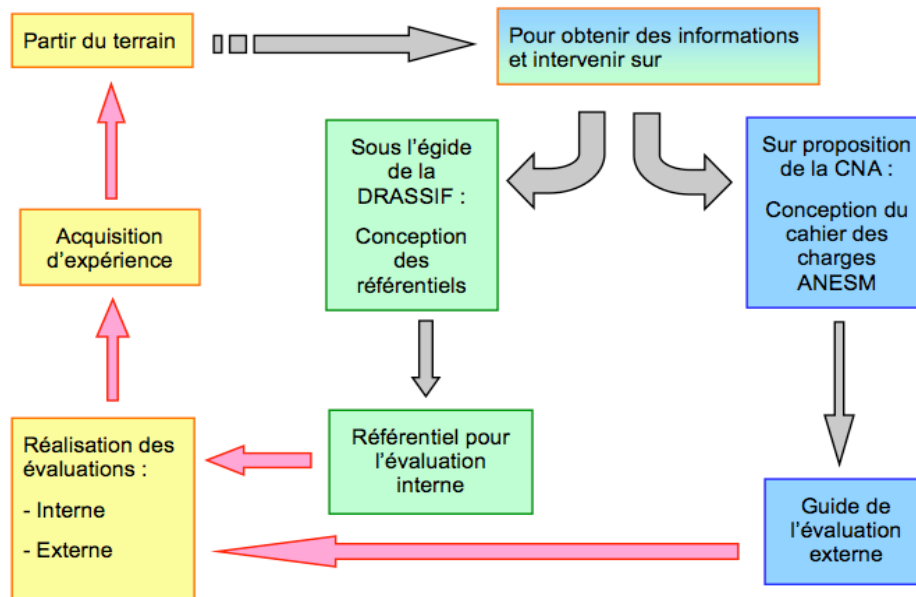
De mon point de vue de directeur, la mise en place des processus d'évaluation implique mon intervention à l'interne et à l'externe.

Pour l'externe, il y a donc cette question de l'élaboration de ces procédures, références et recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Des marges de manœuvre sont à saisir par les professionnels, les textes fixant le Nord mais ne disant rien du chemin qui sera emprunté.⁹⁶ Les acteurs impliqués dans la mise au point de ces recommandations avec les administrations peuvent donc influencer sur ce qu'elles vont être. Pour le directeur de SIDA Paroles, il y a lieu d'anticiper⁹⁷ et, pour y parvenir, d'investir la place où se définiront les procédures, références et recommandations des bonnes pratiques professionnelles sur

⁹⁶ Expression tirée de PAPAY J., op.cit.

⁹⁷ Op. cit, LOUBAT, « Faire preuve d'anticipation et de réactivité », p. 79-83

lesquelles SIDA Paroles sera évaluée in fine. C'est ce qui motive ma participation à ces travaux aux différents niveaux où ils se déroulent. Schématiquement, voici ma démarche :



C'est donc une question de stratégie. Avec la création de « procédures, références et recommandations des bonnes pratiques professionnelles », le législateur pose explicitement l'obligation de recourir à un standard, un référentiel de bonnes pratiques professionnelles. Or elle n'a aucune définition réglementaire bien qu'indispensable à tout travail d'évaluation. Contrairement au secteur sanitaire qui utilise un référentiel unique,⁹⁸ chaque établissement ou service peut choisir son propre outil, son propre référentiel pour conduire son travail d'évaluation interne. Une note d'orientation du CNS indique que « puisque l'évaluation interne et l'évaluation externe doivent porter toutes deux sur les activités et la qualité de la prestation que délivrent les établissements et services, elles doivent avoir le même périmètre (...). »

De ce fait penser et agir l'évaluation à l'interne ne peut pas se faire sans penser et agir l'externe.

⁹⁸ Le guide d'accréditation ANAES

2.2.2. Mettre en place les moyens de l'évaluation en interne

« Penser l'évaluation revient à penser la complexité.
Cela ne signifie pas « faire compliqué », bien au contraire. »

Roland Janvier⁹⁹

Deux axes guident ce que j'ai entrepris et ce que je compte entreprendre.

Un premier découle des dimensions réglementaires¹⁰⁰ décrites ci-dessus, incontournables, et méthodologiques, indispensables. L'évaluation a bien une dimension technique, méthodologique qui nécessite une action outillée conduite dans le temps par une équipe de direction. L'évaluation, dans son sens « démarche d'évaluation », est un processus¹⁰¹ d'action repérable à partir d'une logique d'action perceptible et compréhensible, tenant compte d'aléas. Elle nécessite des procédures,¹⁰² mais ne s'y réduit pas. Elle concerne l'ensemble des acteurs.¹⁰³

Un second découle du pragmatisme qui écarte le recours à des processus trop complexes ou trop ambitieux. L'évaluation nécessite de « choisir entre la surface ou la profondeur ». Trop de ces deux éléments et le processus risque de se tarir.

Le texte qui suit présente les éléments concrets des processus d'évaluation que je mets en place. Un rétro planning joint en annexe permet un premier cadrage temporel des échéances prévisibles. Les autres éléments de cadrage sont liés aux différents niveaux d'évaluation, fin de la période de conformité, évaluation interne, évaluation externe.

Question de vocabulaire et « d'outillage »

Sans entrer dans des considérations techniques complexes, l'évaluation comporte une démarche méthodologique et implique le recours à des outils (de définition de la mesure et des outils de mesure). Une partie des termes mérite d'être défini a minima. Ces définitions sont reprises de CHARLEUX, GAQUERE, HARDY et PAPAY.¹⁰⁴

Pour la méthode, c'est la science (logos) du chemin (hodos) vers (méta). Se doter d'une méthodologie en amont de l'évaluation, c'est en discerner et en énoncer le sens. C'est faire

⁹⁹ Op. cit., JANVIER R., P. 146

¹⁰⁰ ASA CAARUD, ENA-CAARUD, évaluation interne, externe...

¹⁰¹ Ensemble de phénomènes conçus comme actifs et organisés dans le temps, du latin processus, progrès, progression, Le Robert de la langue française

¹⁰² Ensemble des procédés successifs utilisés dans la conduite d'une opération technique complexe, Le Robert de la langue française

¹⁰³ Voir PAPAY, in L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social, chapitre sur le cadre théorique de l'évaluation instituante, pp. 61-69

¹⁰⁴ Op. cit. CHARLEUX, GAQUERE, p. 14-16, HARDY JP p. 155 – 159, PAPAY, PP 62-64

apparaître les différentes facettes de ce qui est étudié. Elle s'appuie sur des techniques (tekné, art, métier), des outils adaptés à l'objet au contexte et aux objectifs poursuivis.

Définir l'évaluation au-delà des définitions réglementaires en donne la nature ou plutôt les natures :

NATURES ET OBJETS DE L'EVALUATION	
NATURE DE L'EVALUATION	OBJET DE L'EVALUATION
Sommative	Elle s'attache aux résultats
Formative	Elle porte sur l'ensemble du processus et vise à modifier les actions en cours
Comparative	Elle analyse les écarts (amélioration entre avant (A) et après (B) l'action)
Analytique	Elle s'attache à la portée et à la signification des changements entre (A) et (B)
Dynamique	Elle prend appui sur les résultats pour modifier l'action

Toutes nécessitent le recours à des outils (référentiels, critères, indicateurs...). « Mesurer, ce n'est pas évaluer, mais on ne peut évaluer sans avoir préalablement mesuré » et pour mesurer il faut des indicateurs : d'activité, de coûts, de résultats, d'impact, au regard d'objectifs clairement définis. Autrement dit « l'évaluation n'est pas la mesure, mais plutôt la construction d'un jugement à partir de données recueillies ».

Elles impliquent de définir :

- **Des critères**, descripteurs de la réalité observée en unités évaluables.
- **Des indicateurs** qui permettent la mesure des critères. C'est une combinaison de données constatant, caractérisant, une situation. Ce sont des marqueurs en fonction de références.

La référence est le niveau d'un indicateur considéré comme optimum. Elle devient **une norme** lorsque sa valeur est réglementaire.

Enfin, **un référentiel** est l'ensemble structuré des références et des normes. Il définit des critères et des indicateurs. Il représente une norme construite et adoptée par un groupe d'acteurs à un moment donné. Il est le résultat d'un compromis d'acteurs et constitue un pacte pour l'action.¹⁰⁵

¹⁰⁵ C'est le sens des travaux décrits plus haut concernant l'élaboration d'un référentiel et guide de

La qualité est définie à partir de cette norme qui exprime, pour le secteur social, la mobilisation des énergies, des compétences, et des moyens pour répondre aux besoins et attentes des personnes prises en charge.

Enfin l'évaluation vise à vérifier, mesurer et juger de :

NATURE ET OBJET DE LA MESURE	
NATURE	OBJET
L'adéquation	Rapport Besoins / Objectifs
La satisfaction des besoins	Rapport Besoins / Résultats
La pertinence	Rapport Finalités d'actions / Politiques publiques / Besoins des usagers
La cohérence	Rapport Réponses / Besoins
L'efficience	Rapport Moyens mobilisés / Résultats
L'efficacité	Rapport Objectifs / Résultats
L'effectivité	Rapport Attendu / Dit / Fait
La conformité	Rapport Effet attendu / Effet réel
Les réalisations	Rapport des Faits / Réel
L'impact sur l'environnement et les politiques publiques	Rapport Effet interne / Effet externe (évolution des cadres législatifs et réglementaires)

Cette synthèse des éléments de définition m'est utile pour conduire les travaux en cours et ceux à venir. Ils combinent ces concepts et outils, notamment dans les travaux d'évaluation propres à SIDA Paroles. Je reprendrais quelques-uns de ces termes en troisième partie pour remettre en perspective globalement la question de l'évaluation au-delà de la dynamique interne / externe décrite jusqu'à présent.

Actuellement, les éléments du dispositif d'évaluation sont ici présentés sous forme de tableau. Les entrées 1, 3, 4 sont doubles et signalées par code couleur.

OUTILLAGE ACTUEL DE L'EVALUATION			
1	2	3	4
TYPE D'OUTIL PROVENANCE	FREQUENCE	NATURE TYPE D'EVALUATION	AUTEURS DESTINATAIRES
ASA-CAARUD Externe Standard	Annuel	Quantitatif Indicateurs d'activités Réalisation Effectivité Conformité	Professionnels DDASS, CPAM OFDT
ENa-CAARUD Externe Standard	Biennal	Quantitatif Profil des usagers Adéquation	Professionnels, usagers OFDT
Questionnaire faculté Interne	Annuel	Quantitatif Profil des usagers Adéquation	Professionnels, usagers Usage interne
Questionnaire d'impact / action collective prison Interne	Chaque fin de séance ou de cycle	Quantitatif Qualitatif Évaluation par les usagers Adéquation	Usagers Usage interne Financeurs
Recueil de données Interne	Permanent	Quantitatif Indicateurs d'activités Qualitatif Réalisation	Professionnels Usage interne
Rapport d'activité qualitatif, descriptif Interne	Annuel	Quantitatif Indicateurs d'activités Qualitatif Réalisation Effectivité	Professionnels Usage interne
Rapport de recherche, enquête Interne Externe	Ponctuel	Qualitatif Profil des usagers Comportements et coutumes Adéquation	Chercheurs, enquêteurs, usagers Interne Externe
Rapports d'actions aux financeurs privés Externe	Annuel Bi-annuel	Quantitatif Indicateurs d'activités Qualitatif Réalisation Effectivité	Professionnels Externe

Les étapes à venir du processus interne

Comme je l'ai dit plus haut, je distingue ce qui relève de l'évaluation de la fin de période de mise en conformité, essentiellement conduite par l'équipe de direction, de l'évaluation interne (et par conséquent en partie externe), qui nécessite l'implication de l'ensemble des salariés, coordonnée par l'équipe de direction. L'évaluation externe sera, elle, conduite par un tiers et concernera tous les acteurs, salariés, usagers, conseil d'administration, partenaires.

L'évaluation de la conformité

Pour la fin de la période de conformité, le cadre réglementaire est clair et la méthode est assez simple. D'une part, il s'agit de vérifier l'application des textes ESSMS (notamment ce qui relève du droit des usagers, ou de la mise en place des procédures administratives et budgétaires par exemple) et CAARUD (effectivité de la mise en place des missions). D'autre part, les rapports d'inspection et de visite de conformité en vue de l'obtention de l'autorisation fournissent une feuille de route très claire. Sur ces rapports, la procédure contradictoire¹⁰⁶ a été l'occasion de dresser les points de remarques / recommandations sous forme de tableaux synthétiques. La résolution des questions soulevées a été calendée et est en cours d'exécution. Une case permet de cocher si les choses sont faites ou non. L'échéance est proche (31.12.2008). En termes de diagnostic à ce jour, la plupart des recommandations sont mises en œuvre, et les textes appliqués. C'est dans le domaine GRH que des problèmes les plus sensibles subsistent partiellement (voir plus haut) et la mise en place du DIPEC.

L'évaluation interne et externe

Pour l'évaluation interne comme l'évaluation externe, des cadres réglementaires et des recommandations existent. Il y a lieu de distinguer les moyens existants de ceux attendus de « l'externe » et de ceux à construire à l'interne. Ces deux types d'évaluation répondent à un calendrier différent, l'échéance étant fixée au 31.12.2010 pour l'une, au 31.12.2012 pour l'autre.

L'existant concerne des dispositions internes antérieures au passage en CAARUD ou acquises depuis. Une culture du recueil de données par exemple. Les modifications apportées par l'ASA ou l'ENa-CAARUD ne sont pas des révolutions dans l'équipe ou dans les méthodes. Le recueil de données a cependant des limites. Des limites techniques qui n'en permettent pas toujours une bonne exploitation. Des limites humaines puisque ce recueil nécessite une rigueur que le quotidien met parfois à mal. Mais nous disposons de

¹⁰⁶ Un pré rapport a été établis par les inspecteurs auquel nous avons répondu en vue d'un rapport définitif qui a intégré nos réponses ou points résolus.

données quantitatives qui permettent une lecture de notre activité et une comparaison annuelle.¹⁰⁷ Une culture de l'écrit pour une bonne part de l'équipe permet une approche qualitative, descriptive des actions développées. À partir de cette culture, la rédaction du projet d'établissement a, par exemple, pu effectivement être collective, participative. C'est un des piliers sur lequel fonder le travail d'évaluation interne.

Pour ce qui concerne les moyens attendus pour outiller ces travaux d'évaluation, il y a le référentiel des bonnes pratiques RDR en CAARUD en construction et le guide d'évaluation de la RDR, en gestation.¹⁰⁸ L'un et l'autre, théoriquement complémentaires, sont évidemment essentiels, et sans en connaître le contenu final, il est spécieux de se lancer dans des travaux en interne. Ces documents ne seront disponibles que fin 2008, dans leurs formes préparatoires au moins. Les travaux seront programmés à cette échéance. Dans ces moyens d'outillage, l'ANAESM vient de publier deux documents de recommandations sur la mise en oeuvre de l'évaluation interne et l'expression et la participation des usagers.¹⁰⁹ S'ils ne s'imposent pas (notamment l'expression et la participation des usagers concernent ici les CADA, CHRS et CHU), ces recommandations me semblent utiles à considérer. Elles reprennent un certain nombre d'éléments traités dans ce travail (champ, définitions, démarche collective d'analyse et d'objectivation, aide à la décision, conduite du changement...).

Pour les outils qui restent à construire ou développer en interne, il s'agit :

1 Du développement d'un progiciel destiné à permettre une meilleure exploitation technique des données. C'est une évolution de notre recueil de données actuel « artisanalement » construit à partir de tableaux informatisés. Ils ont déjà facilité une collecte et un traitement auparavant effectués sur papier, mais ils ne permettent pas le croisement de données ou leur retraitement de façon automatique.

La mise en place du progiciel c'est faite avec le concours d'une entreprise informatique qui a déjà traité ce type de problème. Il est inspiré d'un outil pré existant utilisé par l'association Ascode.¹¹⁰ Nous nous sommes associés à deux autres CAARUD¹¹¹ pour ce travail d'adaptation du progiciel. Ce travail a été financé par la DGS qui en attend de

¹⁰⁷ J'ai constitué une base de données qui compile les informations depuis 1994 permettant ce comparatif.

¹⁰⁸ Ce dernier est en partie inspiré du guide proposé par le CNSES

¹⁰⁹ « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » et « Mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF ». Ces documents ont été validés en mars et sont disponibles depuis juin 2008.

¹¹⁰ Association qui gère un CAARUD implanté à Perpignan.

¹¹¹ PROSES, CAARUD à Montreuil, FIRST, CAARUD au Blanc Mesnil

pouvoir le proposer à d'autres CAARUD en vue d'une harmonisation des outils. Ce travail s'est déroulé en deux temps. Un premier qui avait pour objectif de recenser les besoins auprès des équipes (directions et acteurs de terrain) de chaque structure. Un second qui avait pour objectif de présenter le progiciel adapté et de former les intervenants de terrain à son utilisation. Il intègre le recueil de nos données antérieures et celles nouvelles nécessitées par les cadres CAARUD. Il est simple d'utilisation, l'ergonomie en la matière étant un problème tout à fait concret : un système trop complexe, trop lourd ne sera qu'imparfaitement utilisé, ou contourné. Il est évolutif en fonction des besoins. Enfin, les données sont sauvegardées sur un serveur externe pour en sécuriser conservation et confidentialité.

- 2 L'intégration des cadres issus du référentiel et du guide pour revisiter le projet d'établissement et anticiper l'élaboration du rapport d'évaluation interne. La reprise du projet d'établissement est fondamentale : la démarche projet¹¹² contient en elle-même une démarche d'évaluation, indissociable. Ce projet contient autant de dimensions qui relèvent du contrôle (mise en oeuvre des offres de services en conformité avec la réglementation) que celles qui relèvent de l'évaluation « formative » qui porte sur la compréhension « des résultats », des observations, de ce qui a été mis en oeuvre pour faciliter une amélioration ultérieure.

Reprendre les éléments du projet confrontera les éléments qui seront proposés dans le guide et le référentiel. Comme je l'ai déjà pratiqué dans le cadre de l'élaboration collective du projet d'établissement, des réunions d'équipe seront consacrées à ce thème (appropriation guide et référentiel - comparaison avec le projet d'établissement de SIDA Paroles - mesure des convergences et des écarts - interprétation argumentée).

Un tableau récapitulatif permet de visualiser une synthèse des points concernant la période de conformité puis les processus d'évaluation interne et externe (Ces tableaux se complètent d'un rétro planning joint en annexe 3).

¹¹² Voir à ce propos les développements de LOUBAT, op.cit., p. 71

ACTIONS RELATIVES A LA CONFORMITE		
DOMAINES D'ACTIONS	ACQUIS	EN COURS / A DEVELOPPER
STRUCTURE	<ul style="list-style-type: none"> - Réaménagements des locaux - Renouvellement équipements - Sécurité signalisation - Amélioration hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipement cuisine
DROIT DES USAGERS	<ul style="list-style-type: none"> - Livret d'accueil - Entretien primo accueil - Informations sur les droits (affichages) - Système d'information accessible et compatible - Modalités de consultations des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - DIPEC
CULTURE	<ul style="list-style-type: none"> - Participative, « communautaire » - D'innovation - D'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnalisation des pratiques - Intégrer les nouveaux outils (en cours)
FINANCES	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des nouvelles contraintes - Procédures respectées - Outils de gestion adaptés au statut ESSMS - Cycles d'exploitation courante respectés 	<ul style="list-style-type: none"> - Délais respectés par les tarificateurs - Pérennisation des budgets annexes
GRH	<ul style="list-style-type: none"> - Une partie de l'équipe qualifiée - Pluridisciplinarité - Formation des cadres en cours 	<ul style="list-style-type: none"> - Une partie de l'équipe à qualifier : <ul style="list-style-type: none"> • Formation des intervenants non diplômés • Règlement statut coordinatrice santé
PARTENARIAT	<ul style="list-style-type: none"> - Une culture de réseau - Un développement d'actions communes 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la formalisation des relations (convention)
POLITIQUES PUBLIQUES	<ul style="list-style-type: none"> - Statut CAARUD obtenu sur 3 ans - Missions remplies 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation pour 15 ans - Évolution des missions (prison)

ACTIONS RELATIVES A L'EVALUATION INTERNE ET EXTERNE

DOMAINE D'ACTIONS	ACQUIS	EN COURS / A DEVELOPPER
TRAVAUX EXTERIEURS A LA STRUCTURE		
CNA	- Participation à la mise en place d'un processus de production d'un guide pour validation par ANESM	- Document final - Intégration des données par l'équipe
DRASSIF	- Participation à la mise en place d'un processus de production d'un référentiel des bonnes pratiques	- Validation nationale - Document final - Intégration des données par l'équipe
TRAVAUX INTERIEURS A LA STRUCTURE		
TRAVAUX RELATIFS A L'EVALUATION INTERNE	- Projet d'établissement existant - Une culture d'évaluation quantitative et qualitative - Amélioration système de recueil (progiciel) - Mise en place ASA et ENa-CAARUD	- Reprise en fonction des recommandations guide et référentiel - Appropriation par les membres de l'équipe - Une compilation des données sur 5ans et analyse
TRAVAUX RELATIFS A L'EVALUATION EXTERNE	- Reprise des éléments acquis de conformité	- Résolution des questions de conformité - Rapport de visite de conformité
	- Reprise des éléments acquis d'évaluation interne	- Rapport évaluation interne

En résumé, je considère que s'il y a lieu de distinguer contrôle et évaluation, la situation spécifique de SIDA Paroles et les arguments présentés montrent une forte interaction entre les deux concepts. De la même façon, les évaluations interne et externe, bien que distinctes, sont elles aussi en étroite inter dépendance.

La mise en place du processus d'évaluation nécessite le recours à une méthode et à des outils pour la concrétiser en conscience des limites qu'elle porte. Ces outils relèvent d'une construction ou d'une reconstruction en interne et à l'externe, confirmant une autre dimension interactive entre dedans et dehors.

Enfin une culture pré-existante de l'évaluation dans un secteur structuré par projet qui la contient et une culture de résultats positifs pour son devenir sont des appuis solides pour engager un travail d'évaluation. L'obligation de montrer son efficience est une dimension de l'évaluation. Pour les acteurs, c'est une force de démonstration qui vaut bien d'accepter

quelques contraintes. Ici, innover pour démontrer est un puissant moteur. C'est l'objet du prochain chapitre consacré à l'innovation.

3. Instituer, innover, évaluer

Une stratégie d'action centrée sur les acteurs

Cette troisième et dernière partie propose un nouvel enjeu : mieux répondre aux besoins des usagers tout en disposant d'un outil motivationnel pour manager l'innovation vers une institutionnalisation. Dans ce processus, l'évaluation n'est plus seulement une contrainte (de rigueur, de relevés de données et de traitement, d'objectivation) ou un risque (de comparaison, d'exposition à la concurrence). Pour les acteurs, c'est un outil qui permet une mesure et la valorisation de ce qu'ils font. C'est une force.

Du point de vue d'une logique d'acteurs, il n'y a pas de raison de s'imposer des contraintes sans bénéfice à la clé. Dans ces bénéfiques, la capacité d'innovation, d'expérimenter, la capacité de création, de marges de manœuvre, est une motivation importante¹¹³ d'autant plus si elle est valorisée et soutenue.

Du point de vue du directeur, le cadre doit être respecté, « en responsabilité ». Favoriser les propositions d'innovations dans un cadre qui permette de les institutionnaliser à termes, assurer un développement des offres de services aux usagers ou améliorer leur qualité est un autre devoir du directeur. Cela implique le développement de projets explicites qui contiennent par définition les contraintes réglementaires, institutionnelles ou méthodologiques et l'évaluation. Cela implique un mode de management par projet¹¹⁴ qui permet d'intégrer l'ensemble des dimensions avec une équipe impliquée sur laquelle l'essentiel repose.

N. Alter¹¹⁵ donne une lecture qui illustre mon propos quant à l'innovation sur le problème de l'élaboration collective de l'innovation et de sa dirigeance.

Pour lui, l'invention (d'une pratique RDR par un micro groupe d'acteurs par exemple) n'est au départ qu'une idée. Elle ne se transforme en innovation que si les acteurs parviennent à lui donner du sens. Cet exercice suppose une déviance, les acteurs étant amenés à transgresser « la » règle en fonction de leur propre conception du bien. Ils développent une innovation (la RDR) par le jeu de la concurrence entre logique de l'ordre (sanction de l'usage et soins centrés sur l'abstinence et le sevrage) et logique transgressive propre à l'innovation (à l'origine diffuser des seringues, prescrire un traitement de substitution). Mais cette situation les expose à des sanctions liées à la transgression de l'ordre établi. Certains militent pour le transformer. C'est une capacité critique des acteurs innovateurs plus que celle des décideurs.

¹¹³ GAREL G., 2003, Le management de projet, coll. Repères, éd. La découverte, Paris, p. 53

¹¹⁴ GAREL op. Cit. p. 6 et 16

¹¹⁵ Op. cit., chap. I et III

De ce fait, les mécanismes que décrit Alter à propos de dirigeance et de consistance des acteurs me semblent encore utiles pour lire les enjeux. L'innovation organisationnelle représente un type d'innovation spécifique en ce sens qu'elle reste encadrée par la direction mais elle ne décrète pas forcément le mouvement et ne fait qu'en marquer les limites. L'institutionnalisation même de l'innovation réclame une conversion de la direction qui doit accepter l'innovation comme une action collective ne répondant pas à ses intentions initiales. Mais pour que la minorité, que représentent les innovateurs, parvienne à retourner le système dominant, le groupe doit être « consistant ».¹¹⁶ Cette consistance lui permettra de mettre au défi le consensus social sur lequel repose la norme et d'emporter l'adhésion de la direction qui imposera les pratiques des innovateurs tout en les intégrant dans le giron institutionnel.

Ce processus décrit par Alter est transposable dans le domaine de la RDR.

Alter suppose l'existence d'une capacité critique. Globalement, les acteurs de la RDR issus d'un champ encore militant se sont concrètement montrés critiques envers les politiques publiques et ont proposé des actions innovantes aujourd'hui reconnues. Ces mêmes acteurs restent critiques aujourd'hui quant aux mesures qu'ils estiment insuffisantes en matière de lutte contre le VHC. Pour Alter, cela suppose aussi une capacité du management à tenir compte de cette critique. Globalement, il est nécessaire pour que les innovations s'institutionnalisent, qu'elles soient reconnues. C'est encore sur la base de résultats que cette reconnaissance s'appuie.

Alter suppose la présence d'acteurs suffisamment consistants pour assurer cette conversion. Pour les acteurs de la RDR, l'évaluation a été un des moyens concrets de démontrer « leur consistance ». Elle a permis d'obtenir la normalisation de cette innovation qu'ils ont portée. Sur le plan local, la consistance repose à la fois sur la compétence et la motivation des acteurs concernés. Mais elle reposera aussi sur une solide démarche d'évaluation sans laquelle l'environnement pourrait rejeter cette même innovation. L'absence de résultats tangibles est une cause évidente d'échec de l'innovation.

Enfin, si l'innovation suppose une transgression, les sanctions peuvent ici se fonder sur la loi pénale en matière de drogues. À SIDA Paroles, il n'est pas question de transgresser cette loi pénale et toute innovation qui l'induirait mettrait en danger l'ensemble du dispositif. Les innovations, comme l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI, développé plus loin), viennent travailler ces limites et tout le travail d'institutionnalisation prend son importance.

¹¹⁶ Op. cit., Alter p. 87. Un groupe est consistant quant il est homogène et solide du point de vue de ses convictions. Au lieu de composer avec la majorité, il fait valoir son point de vue unanime et met au défi le consensus social (...). Il doit être motivé à obtenir, préserver ou bien accroître sa visibilité et faire reconnaître son existence et ne négliger aucun effort pour se faire remarquer, identifier, écouter.

3.1. Pendant l'institutionnalisation, l'innovation continue

La période de mise en conformité de trois ans, dans laquelle nous sommes encore, est cadrée par une feuille de route clairement fixée. Elle devrait être suivie d'un agrément pour 15 ans. C'est inscrire l'offre de services aux usagers dans la durée. L'innovation a, elle, pour objectif de mieux répondre aux besoins¹¹⁷ des usagers à partir d'une culture d'adaptation des réponses aux besoins. Mais ces réponses sont fortement dépendantes de l'évolution des cadres. D'abord basée sur une initiative d'acteurs fortement impliqués, l'expérience devient un projet collectif conduit par le directeur (je fixe le cadre, les objectifs et les moyens sont codéfinis, les acteurs sont associés aux négociations et aux communications).

Soutenir les capacités d'initiative, d'innovation des acteurs, est un axe de management de projet¹¹⁸ basé sur la motivation et l'implication des acteurs. Cela permet d'envisager le management par projet¹¹⁹ qui institutionnalise et légitime donc une initiative tout en garantissant un cadre, dont l'évaluation. C'est une dynamique qui devient un moyen de la qualité des offres de services aux usagers. C'est une raison majeure de légitimer les travaux d'évaluation et ce qui les précède, la démarche projet.

3.1.1. Le développement des actions en milieu carcéral

Ce chapitre vaut au moins pour une illustration des propos d'Alter : une innovation n'est pas toujours voulue par une direction. Elle peut néanmoins trouver sa place, ou s'imposer mais il faut la ramener vers les objectifs ou la mission de la structure. C'est le rôle de la direction garante du projet global. Je n'étais personnellement que peu convaincu de l'impact réel d'actions en milieu carcéral. C'est un milieu par définition fermé. Les conditions sont plus que difficiles, même si des évolutions dans le champ de la santé sont notables : la santé n'est plus pénitentiaire, elle est de droit commun, au moins en théorie. Dans la pratique, les soignants sont attachés à un centre hospitalier,¹²⁰ indépendants des dynamiques pénitentiaires internes. Ils ne sont pour autant pas autonomes dans ce milieu qui implique de

¹¹⁷ L'identification de ces besoins se fait à la fois au plan micro en interne (observations dans la file active, études de cas, analyse des pratiques) et macro à partir des données externes, épidémiologie et des recherches connues (contamination VIH, VHC, prévalence des consommations de drogues, analyse des prises de risques, des contextes...)

¹¹⁸ « Le management de projet est l'ensemble des actions engagées par une organisation afin de déterminer un projet, de le lancer et de le réaliser; » son succès s'explique moins par le recours à des outils de gestion idoines que par l'organisation, la direction de projet ou le management des équipes (...). Il combine la gestion de projet dans sa fonction caisse à outils et la fonction de direction de projet (définir des objectifs, des actions politiques, des coûts...) », op; cit., Gare!, p. 15

¹¹⁹ « La proposition introduit l'idée que le mode de fonctionnement normal d'une organisation (...) structurée autour des projets qu'elle réalise. », op. cit., Gare!, p.16

¹²⁰ La prise en charge sanitaire des détenus dépend du service public hospitalier depuis une loi du 18 janvier 1994. L'UCSA (unité de consultation de soins ambulatoire) remplace l'infirmierie pénitentiaire. Art. D. 366, 368, 369 du code de procédure pénale, circulaire, SPSH9403796C du 8 décembre 1994, Le nouveau guide du prisonnier, oct. 2000, OIP

prendre en considération de nombreux paramètres. Mais l'évaluation de l'impact de ce travail des professionnels de SIDA Paroles m'a convaincu, même dans sa forme embryonnaire : les acteurs qui l'ont portée, l'ont beaucoup décrit au travers de rapports d'activité, d'études de cas et de communications externes.¹²¹

Enfin ces actions constituent une réponse à une demande explicite des usagers à l'origine et les besoins sont indiscutables.¹²²

Deux types d'intervention ont été initiées par les acteurs. Une consiste en un accompagnement individuel. L'autre propose des séances d'informations collectives.

L'accompagnement individuel des usagers détenus, le contexte, les besoins, les réponses : la RDR, une clinique du lien, même en prison.

L'usage de drogues étant prohibé, de nombreux usagers qui fréquentent nos dispositifs vivent des épisodes d'incarcérations en lien direct ou indirect avec leur usage. Dès l'ouverture de la boutique, la question du maintien d'un lien avec les usagers incarcérés s'est posée : il a été sollicité par les usagers eux-mêmes demandant par courrier que nous puissions les soutenir. Cette question du lien est essentielle dans le travail avec les usagers à long terme. C'est a priori sans intention autre que de le maintenir, qu'un principe de visite en prison s'est installé au coup par coup pour les usagers incarcérés dans une zone géographique proche (Nanterre et Osny). La psychologue clinicienne intervenant sur la boutique s'est aventurée dans ce milieu carcéral, assez imperméable aux concepts RDR, bien que les usagers de drogues représentent une partie importante de « la clientèle ».

Au fil de ces rencontres particulières dans un lieu particulier, les liens se sont effectivement consolidés pour une partie des usagers. Dans l'analyse a posteriori, des personnes ont modifié leur situation, parfois à l'issue de plusieurs incarcérations. C'est un processus long, mais qui a une effectivité. Pour l'intervenante, psychologue clinicienne, ces visites ont représenté une forme de travail qui se rapproche d'un travail « thérapeutique ». Sans entrer dans les détails, cette approche, développée sur la boutique, a eu pour effet de rendre possible la conception d'un travail thérapeutique pour les usagers en « démystifiant le travail psy ». L'objectif est de le rendre crédible comme un appui pour reprendre le contrôle de son

¹²¹ Ces actions ont été l'occasion de plusieurs communications lors de colloques professionnels ou de rencontres associatives avec plusieurs interventions de R. REAT, psychologue clinicienne à SIDA Paroles. Convention nationale du Sidaction de juin 2006 « Quelle indépendance des soins en milieu carcéral ? Quelles réflexions à partir d'une expérience de suivi en maison d'arrêt ? ». Journée thématique de l'AFR, 8 juin 2007, « Réduction des risques et prison, rupture et continuité. Action en lien avec la détention quels enjeux pour les CAARUD ? Publication dans le guide sortie de prison, fév. 2008, Sidaction – Ensemble contre le SIDA, « Suivi des usagers de drogues en milieu carcéral et à la sortie, un travail inscrit dans le temps et la continuité. »

¹²² 60% des usagers de drogues ont effectué un séjour en détention. Parmi eux, 12% déclarent s'être injectés en détention et 30% ont partagé leur seringue. Estimation de la prévalence du VIH et du VHC et profil des usagers de drogues en France », Etude InVS-ANRS, Coquelicot 2004

existence : éviter ou réduire les conduites à risques qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur le plan santé, social, affectif, et pénal. Pour quelques personnes, des changements de situations spectaculaires ont pu être observés malgré des conditions initiales peu favorables. Si nous ne pouvons nous attribuer une place primordiale dans ces changements,¹²³ quelques-uns des usagers concernés nous ont témoigné de ce qu'ils attribuent à ce maintien d'un lien. Pour d'autres, rien n'a vraiment évolué dans le temps.

Reste que c'est un contexte d'intervention qui nécessite beaucoup de temps pour pouvoir effectivement visiter les usagers. Il faut prendre des contacts multiples, avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), les unités de consultation et de soins ambulatoire (UCSA), les administrations de chaque centre, les autres intervenants extérieurs. C'est un contexte par définition contraint, rigide (autorisations préalables pour intervenir, contrôles multiples). Bref, il faut être patient et malléable pour aboutir à ses fins.

Actions collectives en milieu carcéral, un mini bouleversement de l'ordre établi

À la suite de ces premières incursions, des séances d'interventions collectives sont organisées à partir de 2001 à la maison d'arrêt de Nanterre sur le thème du VIH. Destinées aux arrivants récemment incarcérés, c'est une initiative et demande du SPIP 92. Les associations intervenantes dans le champ du VIH ou de la prise en charge des usagers de drogues sont sollicitées localement.¹²⁴ La psychologue clinicienne, familiarisée avec le milieu carcéral, et un autre intervenant de SIDA Paroles, participent à ces séances en alternances avec les autres opérateurs.

Ces séances ont à l'expérience un intérêt. Elles permettent de rencontrer des usagers, de diffuser des informations, de rectifier des représentations. Plus globalement elles incarnent une présence des questions de santé en milieu carcéral, une présence de l'extérieur qui vient conserver un lien avec les réalités du dehors. Pour les usagers, en toute logique, c'est une opportunité d'accès à une information adaptée, même si c'est d'abord une occasion d'échapper un peu à la cellule et de voir d'autres visages. Pour SIDA Paroles, c'est une occasion de faire valoir une action sur le SIDA, mais associée aux questions de drogues et en abordant le VHC bien plus méconnu et sous-estimé malgré des prévalences de l'usage et du VHC parmi les personnes incarcérées. C'est une opportunité de faire connaître l'association aux usagers qui pourraient y avoir recours et la boutique est devenue une orientation possible pour les sortants de prison.

Pour autant, ces actions ont des limites. Pédagogiques d'abord. Une heure trente est un temps court pour épuiser le sujet. L'impact que l'on peut attendre ne peut être que limité.

¹²³ Le parcours des usagers est souvent jalonné d'institutions qui rendent difficiles l'attribution d'un effet à l'une ou à l'autre, c'est une question intéressante en matière d'évaluation.

¹²⁴ Le CRIPS IDF, l'association AIDES, deux centres de soins (CSST) du département (la Fratrie et le CAST), et SIDA Paroles.

Réservé au quartier arrivant, les personnes sont encore le plus souvent sous le coup de leur incarcération. Cependant, toutes les occasions de s'échapper sont alors légitimement bonnes. La participation à telle ou telle offre de service volontairement saisie (éducative, santé, alphabétisation, soins psychologiques) procure des « bonus » qui permettent d'espérer un allègement du temps d'incarcération. Des limites institutionnelles, l'organisation des séances étant suspendue à l'effectivité de la circulation de l'information auprès des usagers, à la disponibilité de locaux, ou tout simplement à la disponibilité de gardiens pour assurer les allers-venues des détenus et des intervenants. Limites liées à la nature de la thématique : « Que vas-tu donc faire dans une séance d'information sur le SIDA ? T'es PD ? Tu te défonces ? T'es plombé ? » Que ce soit à l'égard des autres détenus ou des surveillants, ces questions se posent explicitement ou implicitement. C'est en tout cas moins neutre que d'aller à une séance d'information sur l'hygiène bucco-dentaire ou les droits civiques. Mais c'est à partir de ces actions, et bien que nos constats soient mitigés, qu'Ensemble Contre le SIDA (ECS Sidaction)¹²⁵ s'est intéressé à ce travail pour le développer.

Nous avons donc saisi cette opportunité pour renforcer nos capacités d'intervention individuelle et mettre en place un mode d'intervention collectif plus en conformité avec nos conceptions.

Pour ce qui concerne les interventions individuelles, notre problème se posait en termes d'espace et de temps. D'espace, puisque nous étions cantonnés aux maisons d'arrêt ou centres de détention en proximité de la structure. Or, les usagers qui fréquentent nos dispositifs peuvent être incarcérés dans d'autres maisons d'arrêt et centres de la région parisienne et ce service n'était spécifiquement pas disponible pour les femmes (elles sont incarcérées à Versailles ou Fleury-Mérogis). De temps, puisque du temps de déplacement à prendre en compte, mais surtout du temps de contacts préalables incontournables avec les différents services des différents centres et maisons d'arrêt pour expliquer ce que nous proposons. Le soutien d'ECS a permis de prendre ce temps et d'investir ces espaces.

Pour ce qui concerne les actions collectives, ce soutien permet le développement de séances d'information plus en adéquation avec ce que nous pensons utile et c'est à la maison d'arrêt pour femmes de Versailles que nous avons expérimenté nos offres. Ce centre de détention est de taille relativement modeste (70 détenues environ). Il a cette particularité de développer des interactions importantes avec des intervenants extérieurs. Une culture de ce type de travail en milieu carcéral a facilité notre introduction.¹²⁶ Le soutien financier d'ECS

¹²⁵ Ensemble Contre le SIDA qui organise des collectes de fond (le SIDACTION) pour soutenir la recherche et les associations de lutte contre le SIDA. La politique de soutien aux associations a accordé une priorité aux interventions au milieu carcéral compte tenu des prévalences VIH, VHC et de l'usage de drogues.

¹²⁶ Cycle de trois séances de trois heures avec un groupe identique de personnes permettant

a permis une augmentation du temps de travail consacré à ces actions et des moyens de déplacement.

Une seconde nouvelle offre a été mise en place, réduire les risques en prison (prise de risques liés aux consommations de psychotropes, associations de produits, injection avec des matériels bricolés, pratiques de tatouages, de piercing et disons la sexualité). C'est une occasion de parler des prises de risques antérieures, de leurs éventuelles conséquences, d'engager un « débat » sur ces questions... Nous sommes encore aux limites de l'acceptabilité. Si les traitements de substitution sont disponibles en milieu carcéral, l'accès aux seringues en prison, en France, n'est pas possible.¹²⁷ Malgré tout, une offre de conseil spécifique RDR en prison est proposée. En collaboration avec l'éducateur détaché par le CSST la Fratrie sur la maison d'arrêt de Nanterre, le chef de service de SIDA Paroles met en place des consultations individuelles RDR. L'éducateur en interne oriente les usagers qui sont reçus. L'intervenant de SIDA Paroles mène des entretiens sur les thèmes des consommations de drogues, des risques qui y sont liés, des moyens de s'en prévenir et de se soigner si nécessaire, pendant ou après l'incarcération.

Cette initiative d'acteurs qui tire du côté de l'innovation par une offre nouvelle de services en milieu carcéral est aujourd'hui financée dans le cadre du plan régional de santé publique d'Île-de-France (PRSP IDF).

L'intervention de SIDA Paroles en milieu carcéral est une offre de services d'abord individuelle, empirique, puis collective, qui a produit des effets prévisibles et d'autres inattendus.

une meilleure connaissance respective, du temps pour développer les différents thèmes abordés. Il propose une focale thématique plus large à partir d'une entrée santé : SIDA, mais aussi VHC, usage de drogues, sexualité, contraception, parentalité...

¹²⁷ C'est le cas en Suisse et en Iran avec cette étonnante illustration citée par le Dr P. BEAUVÉRIE, Médecins du Monde, lors de la journée thématique AFR : « Les mesures telles que « la distribution d'aiguilles, de seringues et d'autres matériels utilisés par les toxicomanes aussi bien que les programmes de méthadone sont des moyens de combattre les infections par le VIH et les hépatites chez les usagers de drogues. [...] Dès lors, toutes les autorités judiciaires doivent considérer qu'il n'y a pas d'intention maléfique dans ces interventions. », Seyed Mahmood Hashemi Sharoudi, Responsable des autorités judiciaires, Ordre à tous les tribunaux, 24 janvier 2005.

Elle fait l'objet d'une forte évolution avec une montée en charge des interventions en milieu carcéral et des moyens mobilisés. C'est ce que montre nettement le tableau suivant :

Maisons d'arrêt et centres de détention	2005			2006			2007		
	Soutien individuel	Nombre d'entretiens	Action collective	Soutien individuel	Nombre d'entretiens	Action collective	Soutien individuel	Nombre d'entretiens	Action collective
Nanterre	6	23	72	5	22	91	20	65	92
Osny	2	16		2	11		1	20	
Fleury				3	7		3	28	
Versailles				1	1	24	2	17	95
Fresne				1	1				
Sequedin							1		
Melun							1		
Totaux	8	39	72	12	42	115	28	130	187
Nombre de contacts	80			127			215		

Cette montée en charge concerne la file active (nombre de personnes contactées) que les sites d'intervention, le nombre d'intervenants (1 en 2000 - 5 en 2008), la nature des offres (individuelles, collectives, focales multiples) et le public (hommes, femmes).

D'abord initiées sur des bases empiriques, ces interventions ont atteint un seuil de développement qui nécessite d'envisager une structuration en programme en tant que tel (passer de l'empirique au construit). Lorsque l'ensemble des paramètres connaît ce type de progression, en effet systémique, c'est l'organisation globale des programmes qui doit être revisitée. La gestion quotidienne des ressources humaines nécessaires doit tenir compte des moyens à mettre à disposition sans déshabiller les autres programmes. Les moyens financiers alloués à cette action en dehors des produits de la tarification sont en forte progression passant de 3 000 à 30 000 euros. La question est de savoir comment intégrer ces moyens dans l'enveloppe de la dotation globale. ECS, cité plus haut, apporte son concours. Ces fonds privés ne sont pas pérennes. Ils constituent pourtant 60% de l'enveloppe. Le PRSP IDF apporte également son concours. Ces fonds ne sont pas plus pérennes. Ils sont destinés à amorcer une action, pas à la financer sur le long court (30%). Enfin, le SPIP, bien qu'ayant amorcé en partie les financements, n'apporte qu'une part modeste (10%). L'institutionnaliser reviendrait sur le plan budgétaire à inclure ces moyens financiers dans la dotation globale du CAARUD. Cela implique de vérifier l'adéquation des missions accomplies avec les textes cadres actuels. À ce jour, leur rédaction n'est pas

explicite. Implicitement, des efforts d'interprétation permettent de concevoir cette adéquation. Reste qu'une formulation claire serait meilleure.

Cet objectif d'institutionnalisation est réaliste. Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)¹²⁸ ont cette mission facultative « de permettre la continuité de la prise en charge aussi bien pendant l'incarcération qu'à la sortie (...). Le centre doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée ». Les missions opérationnelles sont le repérage des usages abusifs et des dépendances, le développement de la prévention, la préparation de la sortie, la diversification des prises en charges. C'est exactement ce que nous faisons. Nous y ajouterions l'éducation en matière de RDR.

Il en va de la reconnaissance de compétences et de capacités d'intervention. Il en va aussi de la recherche d'une pérennisation des actions, de l'équipe, de ses actions. Ce n'est pas tant le problème d'une autorisation qui est posée. Les textes disponibles permettent une interprétation favorable à ces interventions, même si l'explicite serait préférable. C'est au plan financier qu'il faut déboucher. Trente mille euros, cela finance un poste d'éducateur et diversifier l'offre de services implique d'en avoir les moyens. Faire entrer ces crédits dans le budget global en mesure nouvelle d'abord, en reconduction ensuite, devient un objectif à atteindre.

Évaluer pour y parvenir ?

Ici l'évaluation n'est pas une contrainte, mais un instrument de démonstration. Comment rendre crédible nos interventions ? Qu'apportent-elles concrètement ?

Encore une fois, si des efforts restent à accomplir, il y a plusieurs éléments. Les chiffres cités plus haut (indicateurs d'activité) décrivent partiellement les actions. Les actions collectives à Nanterre sont maintenant communément évaluées entre les différents intervenants. Nos actions à Versailles font l'objet d'une évaluation systématique avec les participantes (questionnaire de satisfaction et d'impact). Les rapports d'activités sont des moyens qualitatifs de décrire l'action et ses effets (étude de cas, analyse de situation). Ils ont pu servir de base pour des communications lors de journées thématiques sur ces questions. La nature privée ou ponctuelle qui caractérisent les financements actuels obligent à la production de rapports d'activité pour chacun des financeurs (ECS, PRSP, SPIP). La reconduction de ces moyens relève de l'évaluation de la crédibilité ou de la consistance des acteurs (communiquer, visibilité), de l'effectivité des offres de services financées.

Les questionnements sont de l'ordre de la réalisation (ce qui est effectivement fait) l'efficacité (moyens/résultats), l'adéquation (besoin/objectif), l'impact (à l'intérieur des prisons,

¹²⁸ Circulaire n°DGS/MC2/ 79 du 28 février relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement, et de prévention des addictions, et à la mise en place des schémas régionaux médico-socio d'addictologies

vis-à-vis des politiques publiques). L'évaluation est là formative, voir dynamique puisqu'elle permet des évolutions de l'action, et analytique en se penchant sur la signification des changements qui ont pu être observés (objet d'analyse et de communications externe).

Encore une fois, l'interne et l'externe sont inter actifs :

- Interne pour repenser l'offre en tant que telle.
- Externe parce qu'il y a une forte dépendance à l'environnement pour réaliser les actions concrètes sur le terrain ou pour les financer.

Dans les deux cas, il faut agir en adoptant une position plus stratégique, en tout cas qui sache aller au-delà de la pulsion de répondre. Il s'agit d'obtenir la reconnaissance de cette mission comme étant naturelle pour un CAARUD compte tenu des contextes et publics rencontrés. De nouveau, des alliances seront utiles et notre collaboration avec ECS comme le choix de communiquer sur ces actions poursuit cet objectif. C'est aussi une façon de valoriser les initiatives¹²⁹ d'acteurs, de donner un sens et une place à leurs propositions, tout simplement de les reconnaître. Obtenir cette reconnaissance constituerait une évaluation de résultat du processus de projet.

SYNTHESE DES ACTIONS ENVISAGEES	
OBJECTIFS	NATURE DE L'ACTION
- Organiser les prestations en programme spécifique	- Mise en place d'une coordination (tiers-temps dédié à ces fonctions) - Un planning spécifique
- Améliorer des outils d'évaluation	- Systématisation des questionnaires d'impact (action collective) - Mise en place des évaluations individuelles (impact, satisfaction) - Mise en place d'une analyse sur les cinq dernières années (qualitatif, quantitatif)
- Développer / Clarifier les partenariats	- Mise en place systématique de conventions - Poursuivre l'implication dans les groupes de travail ad'hoc (ECS)
- Développer / Clarifier les relations avec les administrations compétentes	- Prises de contact avec l'administration pénitentiaire régionale - Systématiser nos relations avec tous les acteurs dans chaque MA et CD (UCSA, SPIP, Administration)
- Rendre les financements pérennes	- Mettre en place les négociations pour obtenir l'inscription de cette mission dans les textes qui encadrent les CAARUD (DGS, MILDT)
- Poursuivre les efforts de communication et de valorisation des acteurs	- Participation aux communications et manifestations nationales ou locales

¹²⁹ Une définition m'a semblé intéressante à relever ici, celle d'Initiative : dérivé de initiare (initiés [aux mystères], puis instruire, initié à, « action de quelqu'un qui est le premier à proposer, à organiser quelque chose. Fin VXIII, il est employé en politique : « droit de soumettre à l'autorité compétente une proposition en vue de la faire adopter. ». Le Robert historique de la langue française, op. cit.

3.1.2. ERLI, un projet d'éducation aux risques liés à l'injection

La présentation de ce projet vaut parce qu'il illustre à la fois la question de l'innovation et l'importance de l'évaluation pour qu'elle puisse éventuellement s'institutionnaliser. Parti d'une expérience de terrain, d'initiatives d'acteurs, ce projet est devenu un objet collectif qui mobilise à l'interne et à l'externe. Mais c'est aussi un projet qui illustre la tension entre institutionnalisation et innovation et le conflit entre les normes d'intervention actuelles en matière de drogues. C'est ce qui confère un caractère « déviant » au projet sur le plan sociologique ou des pratiques professionnelles. Il comporte des risques réels de sanctions pénales et il est impératif de s'en prémunir. C'est enfin un projet où les acteurs se retrouvent dans une posture de pionniers, d'expérimentateurs qui me paraît porteuse au plan du management de projet et du management de l'équipe.

De quoi s'agit-il ?

Ce projet ERLI vise à promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection en milieu urbain pour réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse notamment le VIH et le VHC. Il propose des séances individuelles d'éducation pour la santé focalisées sur les risques liés à l'injection dans les locaux de l'infirmerie à SIDA Paroles.

Pourquoi ce projet ?

Ce projet me permet de saisir une possibilité inscrite dans les textes : « Les équipes de RDR peuvent participer à l'évaluation de nouveaux outils ou stratégies de prévention contribuant à améliorer la prévention et à l'adapter à l'évolution des usages, des substances consommées et de leurs associations, ou de la population des consommateurs ».¹³⁰

Plus de 60% des UDVI sont infectés par le VHC. Les contaminations interviennent tôt. Les conséquences en termes de morbidité, mortalité et qualité de vie sont importantes (cirrhose, cancer du foie, symptômes extra hépatiques) et les enjeux économiques sont forts (coûts des traitements, coûts socio-économiques).

Les normes comportementales, individuelles et collectives, adoptées et efficaces pour se protéger du VIH ne suffisent pas pour le VHC. La question se pose alors de développer des pratiques innovantes d'éducation pour la santé. Un apprentissage beaucoup plus fin et subtil est indispensable (virus résistant, à fort pouvoir de transmission, multiplicité des pratiques à risques, confusion avec le VIH...). C'est un nouveau transfert de savoirs qu'il faut proposer aux usagers pour qu'ils disposent de moyens et de pratiques qui les protègent mieux.

¹³⁰ Art. 10 du décret référentiel RDR.

Face à cette situation SIDA Paroles propose ERLI, pourquoi ?

L'éducation individuelle vise à aider les UD à sortir de la clandestinité pour intégrer le système de soins. Elle favorise l'accès aux dépistages, aux vaccinations (hépatite B, tétanos), mais aussi aux diagnostics et aux traitements (hépatite C notamment). Le projet propose de modifier leurs représentations vis-à-vis du VHC (maladie vécue comme moins grave que le SIDA, contamination inévitable, peur du diagnostic, vision pessimiste des traitements, etc.).

Des observations de terrain en milieu festif ou sur le territoire d'intervention de SIDA Paroles attestent des prises de risques par les usagers soit par problèmes d'accès aux matériels ou conditions soit par méconnaissance des prises de risques dans le détail. C'est dans le cadre de notre collaboration avec MDM que les intervenants de SIDA Paroles ont pu expérimenter un premier protocole d'éducation individuel à l'injection en teknival. Cette pratique est du point de vue d'Alter déviante, hors norme au sens d'une pratique qui n'a jamais été expérimentée. Elle est le fait d'acteurs isolés qui observent une situation et tentent d'y remédier en « bricolant » avant de proposer un premier cadre qui pourrait se transformer en innovation. Ce cadre est, par ailleurs, lui-même « déviant » dans le sens où il ne répond pas aux normes ordinaires en matière de rassemblement public et que notamment les consommations de drogues y sont visibles. C'est ce qui justifie la présence d'acteurs de RDR.

Concrètement des personnes ayant des pratiques d'injection ont été observées dans des conditions d'hygiène incompatibles avec une prévention des contaminations. Cette situation n'étant pas supportable pour les acteurs RDR présents, ils mettent au moins de l'eau à disposition pour le lavage des mains, un éclairage de fortune, ils s'assurent de la disponibilité du matériel d'injection. Mais c'est insuffisant de leur point de vue et ils élaborent un premier protocole entre les intervenants « pionniers » et les médecins de MDM. Une offre d'accompagnement individuel à l'injection sous tente se met en place dans les teknivals où MDM intervient. SIDA Paroles y apporte largement son concours (ressources humaines et matérielles). Le travail d'évaluation des pratiques mené à ces occasions a notamment démontré :

- 1 La réalité des prises de risques et le manque d'information des usagers, un écart entre le déclaratif et le réel dans les pratiques
- 2 La capacité de changement des usagers au travers d'un accompagnement individuel dans des délais courts
- 3 La production de résultats inattendus comme des demandes de traitement ou d'alternative à l'injection

De retour dans les Hauts-de-Seine, la situation est différente. Le contexte n'est plus celui d'un teknival et les pratiques sociologiquement déviantes s'exercent dans une relative tolérance pénale. Le contexte urbain expose « sans protection » au regard de la loi qui peut sanctionner lourdement les écarts. De ce fait, lorsqu'un des expérimentateurs du dispositif de MDM, salarié de SIDA Paroles a transposé cette offre d'accompagnement en toute initiative individuelle lors d'une permanence du bus PES, je n'ai évidemment pas pu le cautionner et j'ai demandé l'arrêt immédiat de cette pratique. Je ne l'ai pour autant pas sanctionné malgré la légèreté de son initiative. Cela a été un sujet de recadrage puis de débat dans l'équipe, mais nous avons plutôt convenu qu'il était temps de proposer une expérimentation de ce type d'offre en milieu urbain, en CAARUD, compte tenu de la prévalence d'usagers injecteurs, porteurs du VIH et massivement du VHC dans nos files actives. Si le passage à l'acte n'était pas une initiative de la direction, je n'ai eu aucune objection sur son intérêt en principe.¹³¹ En pratique, je reprends l'initiative de le transformer en projet collectif négocié en interne, mais surtout à l'externe : il n'est tout simplement pas question de s'exposer au risque pénal. En revanche, il y a toutes les raisons de tenter l'expérience.

Avant tout, il faut un consensus dans l'équipe sur cette orientation. Si tous les membres de l'équipe sont favorables au fond, l'approche professionnelle oblige à poser les conditions réalistes de réalisation. Cet accompagnement suppose la présence de produits et une consommation sur place. Or, si les personnes accueillies sont des usagers de drogues actifs, la consommation sur place, l'échange de produit ou la vente sont interdits par le règlement de fonctionnement conformément à la loi. Comme d'autres programmes RDR à l'origine, ces pratiques sont aux limites des pratiques légales et sans un engagement du conseil d'administration et un soutien non seulement des tarificateurs (DRASS, CPAM) mais aussi de la DRASSIF et de la DGS, rien n'est possible. Cela nécessitera donc un sérieux travail de préparation, de construction d'argumentaires solides et de formulations précises de l'offre de service. Le concours d'autres compétences, l'implication des partenaires en amont, l'implication concrète en interne sont requis. En outre, vue la nature du projet, dans son aspect pratique sociale, mais surtout dans sa dimension « d'acceptabilité sociale », l'évaluation représente **LA** condition majeure pour qu'il puisse voir le jour. D'un point de vue dynamique en interne, c'est lorsque nous sommes passés de l'expression « accompagnement à l'injection à moindre risques » à celle « d'éducation aux risques liés à l'injection » que le consensus s'est forgé.

¹³¹ Responsable de la mission Rave de Médecins du Monde de 1999 à 2006, j'ai parfaitement suivi et encouragé le processus expérimenté et engagé sur les teknivals

À partir de ce consensus, je pouvais mettre en place :

- Une démarche projet en interne : une implication du conseil d'administration et des acteurs, le développement d'une expertise importante en amont.
- Un processus long de négociation avec les pouvoirs publics pour une faisabilité et l'obtention d'un cadre évaluatif négocié en amont.

Où en sommes-nous ?

Les discussions au niveau de l'équipe ont débuté en septembre 2006. Un pré-projet a été soumis au conseil d'administration début 2007 et l'assemblée générale a approuvé en avril de la même année les orientations proposées, l'exigence d'une démarche de projet solide, « consistante ». Développé, il est transmis aux différentes autorités publiques pour engager les discussions (MILDT, bureau des addictions de la DGS, DRASSIF, DDASS 92) et aux partenaires locaux (Hôpital Louis Mourier, réseau ville-hôpital ARES) conviés dans le cadre d'une consultation de faisabilité destinée à devenir le comité de pilotage du projet.

Faisabilité car sans un accord des autorités sanitaires, et la reconnaissance de sa pertinence, le projet n'a pas de chance de voir le jour. Comité de pilotage parce que son caractère innovant implique de jouer la carte de la transparence et de la négociation en amont pour qu'il puisse être « justement » évalué et transférable un jour.

Ce pré-projet a évolué en projet.¹³² Il a associé une partie de l'équipe (chef de service, coordinatrice santé, éducateur référent) et a fait l'objet d'une embauche à temps partiel sur fonds propres. Cette embauche avait pour objet de coordonner la rédaction du projet en y apportant une expertise technique, scientifique solide¹³³ en complément de l'expérience des autres professionnels. Le dossier produit comporte une partie argumentaire, plaidoyer de santé publique, une partie descriptive des pratiques proposées, du protocole imaginé, et une partie consacrée à l'évaluation du dispositif et de sa mise en place.¹³⁴ Une première mouture a été adressée aux membres du conseil d'administration pour validation, puis aux administrations et partenaires pressentis début juillet en les conviant à une réunion en septembre 2007. Cette première réunion a été essentielle, décisive pour la poursuite du processus.

¹³² Ce projet a fait l'objet d'un Master professionnel mention santé publique, « Agir contre l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues actifs – planification d'un projet expérimental d'éducation à l'injection à moindre risques dans un CAARUD », DEBRUS M., sept. 2005, Université de Versailles St Quentin en Yvelines. Cela nous a apporté une rigueur précieuse

¹³³ Docteur en pharmacie formée en santé publique et compétente en RDR. Cette personne dispose de l'expertise préalable. Elle est l'auteur d'une thèse d'exercice de docteur en pharmacie intitulée « Transmission de l'hépatite C chez l'usager de drogues : résultats de l'étude « Paris sud 2002 » et implications sur les stratégies de prévention », DEBRUS M., oct. 2003

¹³⁴ L'ensemble des documents produits sont consultables sur le site nouvellement ouvert de SIDA Paroles.

C'est la stratégie « du pied dans la porte » qui a été appliquée. Le sujet est sensible. Encore une fois la pratique proposée revêt un caractère déviant vis-à-vis des normes professionnelles et vis-à-vis des normes pénales tout à fait concrètes dans le champ qui nous concerne.

S'il est reconnu intrinsèquement par la RDR l'existence d'usagers et de leurs pratiques, si les usagers actifs sont accueillis dans les dispositifs, cela reste à la condition que les usages n'aient pas lieu dans les dispositifs qui les accueillent. La consommation ou le trafic sur la boutique de SIDA Paroles sont des causes d'exclusion comme dans l'ensemble des règlements de fonctionnement des CAARUD. Le laisser faire est une cause de sanction (voir ci-après art. 222-37 du Code pénal). Ces deux faits seraient donc transgressés par la nature même du projet.

Quel est le risque juridique, précisément ?¹³⁵

Les drogues illicites, c'est-à-dire les substances stupéfiantes classées comme telles (arrêté du 22 fèv. 1990 – JO 7 juin 1990 p. 6678) ont un cadre juridique¹³⁶ qui repose sur un principe de prohibition et de répression formulé par le code de la santé publique (art. L. 3421-1) et par le Code pénal (art. 222-37). Il comprend des mesures sanitaires et des mesures répressives. Il sanctionne l'usage, le trafic, la culture, l'importation, mais aussi des faits qui nous intéressent ici : « l'aide et l'incitation par fourniture de moyens » et « l'incitation par propagande ou provocation ».

L'article 222-37 alinéa 2 du Code pénal sanctionne le fait de faciliter à autrui l'usage des stupéfiants. L'incrimination n'est rien d'autre qu'une complicité par fourniture de moyens (variété de complicité par aide ou assistance (art. 121-7 al. 1 C. pén.)). Tout individu qui facilite au toxicomane la commission de son délit peut être considéré comme son complice¹³⁷. Les sanctions sont lourdes, identiques à celles applicables, au fait de trafic (art. 222-37 al. 1 du C. pén.) : ces faits sont punis de 10 ans d'emprisonnement (avec période de sûreté), et d'une amende pouvant aller jusqu'à 7 500 000 euros.

L'article L. 3421- 4 du code de la santé publique (ancien L 630) sanctionne la provocation à toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants. Cette provocation est une infraction formelle constituée indépendamment de tout résultat. Elle est donc punissable bien qu'elle ne soit pas suivie d'effet.

¹³⁵ Le risque est bien réel. En 2004, le président de Techno Plus, association d'usagers du milieu festif techno pratiquant de la RDR dans les raves et teknival est inculpé pour ces motifs. L'association a été poursuivie pour avoir édité dans sa collection de documents d'information sur les risques liés aux consommations de drogues deux dépliants intitulés « Sniffer propre » et « Drug's Mix ». L'un visait à prévenir les risques de contamination VIH, mais surtout VHC de la consommation par voie nasale. Le second informe sur les risques liés aux mélanges des différentes drogues. Ces documents ont été considérés comme relevant des motifs de facilitation et de présentation favorable. Après de longs débats juridiques, l'affaire a été conclue par un non-lieu et les poursuites abandonnées.

¹³⁶ La Loi n° 70-1320 op. cit.

¹³⁷ La fourniture d'un local par exemple

Une seconde infraction est prévue par cet article, la présentation sous un jour favorable. La particularité de cette infraction repose sur l'analyse de l'élément intentionnel qui oblige le juge à rechercher les mobiles de l'auteur sans s'arrêter aux termes litigieux. Ces infractions peuvent être sanctionnées par des emprisonnements (5 à 10 ans) et des amendes (75 000 à 300 000) euros. Le législateur autorise également des poursuites contre les personnes morales.

Ces deux types d'incrimination concernent tout particulièrement la RDR. F. Caballero,¹³⁸ spécialiste du Droit de la drogue donne son éclairage. « La pénalisation de l'aide et de l'assistance à l'usage fait également obstacle à la mise en oeuvre d'une politique de RDR. Par nature, les actions entreprises dans le cadre de cette politique facilitent l'usage de stupéfiants. Les salles d'injection (...) simplement l'échange de seringues et les pratiques de testing¹³⁹ dans les raves party facilitent l'usage de stupéfiants et par la même sont susceptibles de justifier des poursuites sur le fondement de l'article 222-37 alinéa 2 du Code pénal (...) en l'absence d'une disposition légale pour encadrer ces pratiques. Seul un consensus institutionnel pour dépénaliser de facto ces faits permet leur développement précaire à l'abri des poursuites pénales ».

Le consensus institutionnel actuel est clairement défini par le référentiel national des actions de RDR en direction des usagers de drogues. Mis à part le testing, « il protège » les actions de RDR actuelles. Mais à ce jour, il ne comprend pas l'ERLI. Il y a donc bien un risque pénal majeur pour les personnes physiques et les personnes morales. La mise à disposition d'un lieu aux usagers où ils injecteraient, la fourniture de matériels et de conseils peuvent être qualifiées d'aide à l'usage au sens de l'article 222-37 du Code pénal. En tant que directeur, il n'est pas question de s'engager dans une voie qui expose à ces risques sans trouver les moyens légaux pour le faire : « Seul un consensus institutionnel pour dépénaliser de facto mettra à l'abri des poursuites pénales. » C'est une course de fond, mais c'est le seul moyen d'assurer la sécurité des usagers, des professionnels, de l'association. C'est une obligation pour un directeur et c'est l'objet du travail avec les institutions pour l'ERLI.

La première réunion rassemblant « les institutions publiques concernées » a donc été décisive. Elle pouvait marquer la fin du processus de projet avant qu'il n'aille plus loin par le fait des problèmes d'acceptabilité et de légalité. Mais nous avons réussi à « mettre le pied dans la porte ». D'une part, les arguments de santé publique relatifs au contexte français en matière de VHC convergent vers la recherche de moyens plus adaptés, dont un travail sur

¹³⁸ CABALLERO F., BISIOU Y., nov. 2000, *Droit de la drogue*, 2^{ème} éd. DALLOZ, Paris, p 603.

¹³⁹ Mise en place d'un dispositif d'analyse des drogues destiné à en connaître la composition et les risques associés

ces problèmes d'injection et de dispositif pour mieux en prévenir les risques. D'autre part, des expériences internationales, notamment en Europe¹⁴⁰, montrent un intérêt du point de vue sanitaire à la recherche de ces moyens plus efficaces. La solidité du dossier n'exclut pas des questions nouvelles, la demande de précisions sur certains points. Nous obtenons le principe de réunions ultérieures d'un comité de pilotage, un consensus sur l'impériosité de l'évaluation pour ce projet et donc de la nécessité de rechercher des moyens d'y répondre. Nous nous engageons, pour notre part, à préciser le projet, lever les points d'ombres en complétant notamment les recherches scientifiques sur lesquelles nous nous appuyons. Mais nous n'avons pas eu de porte claquée au nez...

Une seconde option stratégique a été développée, celle du « chiffon rouge ». Le fait est que SIDA Paroles a bien une certaine notoriété, une visibilité locale, régionale, voire nationale, elle a une certaine « consistance ». Mais c'est aussi une toute petite association colombinoise qui ne générerait que peu d'émotions si au pire elle venait à disparaître ou moins gravement, à échouer dans cette tentative. Si le pouvoir d'influence de faire est effectif, le poids « politique » est dérisoire. Il y a donc lieu de trouver des alliés suffisamment consistants pour soutenir la démarche. Comme je l'ai souligné plus haut, MDM a été un cadre d'expérimentation de ces pratiques en milieu festif. AIDES a développé des protocoles d'intervention en ce sens dans les mêmes contextes festifs. Ces deux opérateurs ont un poids politique éminemment plus grand que celui de SIDA Paroles. Reste qu'il faut « agiter » ces institutions lourdes, ce que j'appelle la stratégie du « chiffon rouge ». D'une part, il s'agit de rendre visible le débat et de le faire porter en associant les poids lourds. D'autre part, le fait qu'un petit pois¹⁴¹ agite ce débat (concurrents¹⁴² innovateurs ?) motive les autres à mettre les bouchées doubles pour être dans le coup. Développer un partenariat avec AIDES et MDM pour déboucher sur cette construction commune d'ERLI devient une stratégie pour atteindre cet objectif. Mes liens antérieurs et actuels avec ces deux organisations me permettent de développer ce partenariat en cours d'élaboration.

Harmoniser les logiques d'acteurs en interne pour obtenir un consensus à propos d'une pratique nouvelle donc dérangement au sens qu'elle bouleverse l'ordre interne, réduire les

¹⁴⁰ CF. SWAPS, 2^{ème} trimestre 2008, « En Allemagne, les salles de consommations sont complètement acceptées », propos de INGO ILJA M., recueillis par NESTOR H. La même édition évoque une expérience espagnole, « Le paradoxe des salles de consommation », NESTOR H. Au plan international, il est question de l'expérience canadienne, « Sevrage et salles d'injection : des outils complémentaires ? », COPPEL A.

¹⁴¹ C'est une allusion aux propos de J.P. HARDY dans son ouvrage sur la tarification : « Il faut donner aux petites associations des moyens et des garanties pour ne pas être des petits pois mais des noisettes qu'un melon ne peut pas écraser. Une noisette peut même gâcher le melon qui veut l'écraser ». p. 8

¹⁴² Le fait est que SIDA Paroles est le seul opérateur à avoir à ce jour officiellement déposé un projet et concrètement posé la question de l'éducation aux risques liés à l'injection en dehors des contextes festifs.

conflits de logiques à l'externe entre santé publique et ordre publique pour rendre opérant le projet et développer des partenariats pour négocier les conditions de réalisation auront été d'autres axes de direction de ce projet. Pour quel résultat ?

La place de l'évaluation dans le projet ERLI

La question de l'évaluation n'est pas ici une question de contrainte réglementaire mais celle de l'évaluation démonstrative. La mesure des effets du dispositif est fondamentale : le dispositif a-t-il permis des changements dans les pratiques concrètes des usagers ? C'est la question centrale. Si oui, il y a de nouveaux arguments pour le développer et faire évoluer les cadres. Si non, le dispositif s'éteint et les cadres resteront ce qu'ils sont. Il n'y a donc pas seulement une obligation de moyens mais bien une obligation de résultats. C'est aussi clair que cela.

Le processus d'évaluation prévoit :

- Un comité de pilotage (CP) : il réunit des membres du conseil d'administration, la direction, et les acteurs directs du projet de SIDA Paroles, les représentants des administrations ou organismes compétents (DGS, MILDT, DRASSIF, DDASS, CPAM) et les partenaires (ARES, ASUD,¹⁴³ GAÏA). Ce comité a pour fonction de valider le projet, d'en négocier et contrôler sa mise en place et son évaluation.
- Une évaluation interne : elle est conduite par une professionnelle chargée de la coordination du projet de son suivi.
- Une évaluation externe : elle sera conduite par un organisme extérieur choisi par le CP (financement DGS attendus) pour crédibiliser la démarche.

L'évaluation proposée est qualifiée de formative, centrée sur les efforts déployés par les acteurs pour piloter l'intervention (ressources mobilisées, activités réalisées) et rejoindre leurs publics. Elle est qualifiable de comparative (amélioration) et d'analytique (significations des changements, cf. définitions chap. 2). Trois niveaux d'évaluations sont discernés :

- **Évaluation du processus**

Elle se focalise sur les activités développées et l'appréciation de la qualité du service : la qualité des aspects techniques (bonnes pratiques), la qualité de la relation entre l'utilisateur et l'équipe pédagogique et les processus organisationnels, la satisfaction des usagers sur l'utilisation du dispositif (Comment l'utilisent-ils ? Pourquoi ? Qu'en pensent-ils ?), la dynamique de travail des intervenants, les problèmes et difficultés rencontrés et la manière de les gérer.

¹⁴³ Association d'auto-support des usagers de drogues citée plus haut. Sa présence au comité de pilotage est précieuse pour développer ce projet et valider les besoins / réponses proposés.

Les indicateurs concernent l'adéquation du dispositif et la satisfaction (horaires, lieux, conditions), la mesure des ressources consacrées (humaines, financières) : la mise en œuvre du dispositif se déroule-t-elle comme prévu ? Comment s'inscrit-il dans les autres activités de la structure ? Répond-il à une réelle demande des usagers ? En sont-ils satisfaits ?

- **Évaluation d'implantation**

Elle nous permet de savoir si le public visé est atteint. Les indicateurs concernent la file active, les caractéristiques des usagers (âge, sexe, ancienneté et profil des consommations) et les habitudes d'utilisation du dispositif et des services associés. Le dispositif ERLI est-il adapté à notre problématique et à notre contexte d'intervention ? Le public visé a-t-il été atteint ?

- **Évaluation des pratiques et des résultats**

Elle se rapporte aux objectifs d'interventions du dispositif. Les objectifs ont-ils été atteints ? Les pratiques ont-elles évoluées chez les usagers reçus en entretien éducatif ? De quelle manière ? Les conséquences négatives liées à la pratique de l'injection (abcès, overdose, etc.) ont-elles été réduites chez les usagers reçus en entretien éducatif ? Les connaissances des usagers en matière de RDR ont-elles été améliorées ? Les indicateurs concernent la typologie des problèmes sanitaires (état de santé des personnes, état veineux des sites d'injection..), le niveau de connaissance des usagers, l'impact en termes de soins (orientation, prise en charge, accompagnement) : est-ce que les objectifs d'interventions du programme (résultats attendus) ont été atteints ? Contribuent-ils à la modification des comportements à risque (réduction des risques infectieux, meilleure hygiène d'injection) ? Quel est l'impact de notre dispositif ? A-t-il entraînés des effets pervers (selon le principe fondamental du *primum non nocere*) ? Contribue-t-il à une meilleure prise en charge ?

Les travaux d'évaluation auprès des usagers seront menés sur trois temps : à l'entrée du dispositif, à la sortie du dispositif, à six mois de la sortie du dispositif.

Enfin les différents supports et documents nécessaires à ces travaux internes ont fait l'objet d'une construction collective. Cela précisé, quels résultats avons nous obtenu ?

Analyse des résultats : une évaluation intermédiaire du dispositif projeté

De septembre 2007 à septembre 2008, deux autres réunions du comité de pilotage (rejoint par la CPAM et ASUD) ont été organisées pour faire progresser le processus ou de révéler des points de résistances. Des rendez-vous avec la DRASSIF ont permis d'affiner notre approche technique. Les contacts avec les services d'urgences de l'hôpital Louis Mourier

(Colombes) ont, en revanche, été l'occasion de mesurer les réserves importantes des personnels hospitaliers (présence de produits, la question fondamentale de l'application des règles septiques, en milieu hospitalier).

Sur le fond, plusieurs questions ont été soulevées. Une mise en situation réelle est en débat (présence potentielle du produit, réalisation de l'injection). Est-ce que l'éducation par le concret à plus d'impact que l'éducation théorique ? Comment les autres pays¹⁴⁴ ont-ils gérés le cadre légal et le caractère transgressif de ce type de programme ? Qu'y a-t-il de prévu en cas de complication (overdose potentielle, complications cardiaques) ? Quelle est la perception des usagers ? Des précisions sur le protocole sont demandées (fréquence des séquences d'éducation, durée totale de l'accompagnement, lieu idéal et créneaux horaires...), notamment sur le protocole d'évaluation prévu (interne, externe, type de supports, critères...). Chacune des questions soulevées est retraitée, dans la limite des données connues¹⁴⁵, et des navettes s'organisent pour apporter des argumentaires favorables au projet ou le constat d'absence de documentation à ce jour.

Au plan de la recherche d'alliés, l'AFR a organisé une journée sur ce thème en juin 2008.¹⁴⁶ Elle a rassemblé 250 acteurs des différents CAARUD ou programmes RDR français (dont les gros opérateurs...) et a contribué à officialiser la question, à la rendre visible, à communiquer sur les intentions. Les membres de SIDA Paroles impliqués dans le projet sont intervenus dans cette journée et ont défendu les options qu'ils proposent. Un article paru dans le Journal du SIDA en a repris les principaux axes et a valorisé la tentative.¹⁴⁷ Sur le plan opérationnel, nous avons développé des contacts avec le CAARUD de GAÏA¹⁴⁸ pour envisager une collaboration sur cette action. Elle permettrait de mutualiser des compétences (d'intervenants expérimentés en la matière pour SIDA Paroles, d'infirmières motivées pour GAÏA) et une expérimentation dans les deux contextes. L'ambition est de pouvoir « exporter » le concept et la pratique si elle s'avère efficiente. Des contacts sont par ailleurs en cours de formalisation avec « les gros opérateurs » pour débattre de la question et harmoniser nos approches (le chiffon rouge...) avec pour objectif d'étendre cette pratique aux CAARUD en France.

¹⁴⁴ Ce type de projet implique d'aller voir ailleurs, du benchmarking en quelque sorte, pour comparer les dispositifs et s'inspirer des méthodes de résolution des problèmes.

¹⁴⁵ Le groupe RDR de la CNA a permis des travaux importants de recension de la littérature nationale et internationale et les questions relatives aux pratiques d'injection ont largement été traitées. Cela procure une très solide base documentaire qui permet d'appuyer notre initiative.

¹⁴⁶ Les actes de ces journées sont disponibles sur le site de l'AFR

¹⁴⁷ Le journal du SIDA, Éducation aux risques liés à l'injection, repousser les limites, n°208, Août-septembre 2008

¹⁴⁸ CAARUD et CSST implantés à Paris, programmes initialement créé par MDM en 1989 (PES) et en 1994 (CSST bas seuil). Ces programmes sont autonomisés en 2006 pour devenir Gaïa avec qui nous avons des projets de collaboration avec ERLI.

Concernant la consultation des usagers, un groupe focus a été organisé pour présenter le projet et recueillir les impressions quant à sa pertinence. Ce focus s'est déroulé auprès de 5 usagers de SIDA Paroles et de 5 usagers de GAÏA. Bien que surpris dans un premier temps par le projet, il a été jugé utile. La consultation a permis de recueillir leur avis sur la notion d'injection à blanc (eau stérile sans produit) jugée moins appropriée que l'acte réel.

Sur le plan des moyens budgétaires, si le projet n'implique pas de dépenses directes supplémentaires,¹⁴⁹ il génère des surcoûts liés à l'évaluation ad'hoc du dispositif. Ce sont les fonds du PRSP IDF qui ont été sollicités dans le cadre de ses priorités. La lutte contre le VHC y figure, mais l'accord de ces subventions a été suspendu à un accord de principe sur le déroulement du programme donné par le ministère de la santé. Une récente visite de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, à l'association Charonne gestionnaire de plusieurs services aux usagers (CSAPA, CAARUD, ACT...) a été l'occasion d'une affirmation de son soutien à la RDR et à un appel pour le développement d'innovations en matière de lutte contre le VHC en citant ERLI, appellation que nous avons proposé sinon déposé.¹⁵⁰ La DRASSIF a considéré cette communication comme un accord de principe et nous a, en conséquence, accordé les moyens sollicités en 2008 pour assurer le travail de coordination et d'évaluation interne. C'est pour moi un premier résultat concret pour la structure même si les déclarations de la Ministre ne donnent pas toutes les indications quant au contenu exact d'ERLI du point de vue du ministère notamment sur la notion de simulation d'injection. J'ai, par ailleurs, cette faiblesse d'y déceler l'influence du travail que nous avons effectué. Directeur d'établissement d'aide et de service par le travail, je me précipiterais pour déposer un brevet...

Nous ne sommes pour autant pas encore au bout de la démarche « d'autorisation » expérimentale et le dispositif n'est toujours pas opérationnel même si je reste optimiste sur sa concrétisation in fine.

Mais des objectifs intermédiaires ont déjà été atteints.

¹⁴⁹ Les coûts directs de ce projet sont « nuls » dans le sens où les ressources humaines sont déjà disponibles, les locaux et matériels spécifiques déjà opérationnels ; il s'agit d'une adaptation des pratiques qui n'entraîne que peu d'effet budgétaire hormis les travaux d'évaluation externe qui devront être rétribués et le travail ponctuel d'élaboration qui nécessite un investissement temporaire, notamment en termes de coordination et d'expertise scientifique.

¹⁵⁰ En déplacement au centre d'accueil pour toxicomane Beaurepaire de l'association Charonne, à Paris Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, a présenté le 23 juin 2008 des mesures innovantes en matière de réduction des risques pour les usagers de drogues intraveineuses. Elle a présenté 6 mesures nouvelles dont (mesure n°2) « **Des séances d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) se tiendront dans certains CAARRUD.** L'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) pourra être réalisée selon différentes modalités : entretiens individuels ou en groupe, apprentissage par vidéo, ou simulation d'injections. Un comité de pilotage, nommé par la Direction générale de la santé (DGS), évaluera ces expérimentations, et accompagnera éventuellement leur mise en œuvre. » extrait du communiqué de presse, site du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

À l'externe, le débat est posé et invite au positionnement des uns et des autres, opposants, acteurs potentiels ou puissance réglementaire et politique. À l'interne, les débats ont permis de concrétiser une capacité d'innovation et de prouver la capacité de conservation de cette dimension malgré l'institutionnalisation. « Pied dans la porte » et « chiffon rouge » en auront été des instruments.

Évaluer dans le cadre de ce projet, c'est revenir aux prémices de la RDR qui doit démontrer avant d'être acceptée. Dans la théorie de Schumpeter, c'est la condition (démontrer) pour agréger et généraliser, et, bien évidemment, il faut que cette innovation soit socialement utile¹⁵¹ et acceptable, ici avec une dimension sanitaires utile, et ce, de façon la plus incontestable possible.

3.2. Poursuivre les efforts d'évaluation, un levier pour durer et promouvoir de nouvelles offres de services

Les chapitres précédents avaient pour objet de montrer les processus de travail d'évaluation en cours pour instituer un nouveau secteur et SIDA Paroles plus précisément. À court terme, les objectifs sont clairs : réussir la conformité et obtenir l'agrément CAARUD pour 15 ans.

Pour SIDA Paroles, à long terme, l'enjeu est de rester conforme dans la dimension contrôle et adapté dans la dimension réponse aux besoins des usagers : rester capable d'évoluer est un enjeu fondamental. L'évaluation dans sa conception positive est une démarche pour y parvenir. C'est un outil de la qualité des offres de services aux usagers. Ces concepts, de qualité ou de démarche qualité, n'ont que peu été évoqués dans ce travail. Comme d'autres, ils prêtent à controverse entre des auteurs enthousiastes¹⁵² et d'autres plus réservés.¹⁵³ Je ne vais pas, à ce stade, me lancer dans ces discussions.¹⁵⁴ Permettez-moi un point de

¹⁵¹ « Est d'utilité sociale l'activité d'une organisation de l'économie sociale et solidaire qui a pour résultat constatable et, en général, pour objectif explicite, au-delà d'autres objectifs éventuels de production de biens et de services destinés à des usagers individuels, de contribuer à la réduction des inégalités économiques et sociales, y compris par l'affirmation de nouveaux droits, à la solidarité (nationale, internationale, ou locale : le lien social de proximité) et à la sociabilité, à l'amélioration des conditions collectives du développement humain durable, dont font partie l'éducation, la santé, la culture, l'environnement, et la démocratie. » GADREY J., 2004, L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire : une mise en perspective sur la base de travaux récents. Rapport de synthèse pour la DIES et la MIRE, programme de recherche « l'économie sociale en région », Paris, 136 pages.

¹⁵² CHARLEUX, GUAQUÈRE

¹⁵³ JANVIER, PAPAY,

¹⁵⁴ Comme d'autres c'est un concept importé de l'entreprise. Il contient des notions comme la qualité « totale » compatible avec l'utopie du risque zéro, moins compatible avec les aléas et les réalités. Ses définitions sont multiples et rendent difficile sa lisibilité. Il tire du côté de la standardisation, de la norme alors qu'il s'agit d'individualiser et notamment à propos de situations hors norme. Il tire du côté des processus de soins, l'accréditation précisément pour ces raisons. Il renforce cependant les nouveaux droits des malades pour le sanitaire et des usagers pour le social et médico-

positionnement seulement. Une des critiques fréquemment exprimée tient dans « la notion de client à satisfaire », qui fonde le concept de démarche qualité dans le milieu industriel ou marchand. Je n'ai aucun doute sur les exigences de qualité de services à rendre aux usagers, mais ce n'est pas au titre de « client ». C'est au titre de la citoyenneté. « Les citoyens sont égaux en droit ». C'est d'ailleurs un des éléments qui fonde la santé communautaire. Ce n'est pas une association de consommateurs basée sur un rapport marchand et cantonnée à une négociation financière. C'est un mouvement à la fois pragmatique qui propose des modèles d'intervention et c'est un mouvement citoyen porteur de revendications pour jouir de leurs droits ou les renforcer. Je conçois bien que les secteurs marchands, par logique économique, s'appuient sur le concept de client¹⁵⁵ pour développer ce concept de qualité. L'évoquer dans certains secteurs sociaux et médico-sociaux ne me semble pas complètement dénué d'intérêt. Dans son sens ancien, le mot client, dérivé du latin « cliens », désignait le plébéien se plaçant sous l'autorité d'un patricien « patronne », le patron, puis la personne qui confie ses intérêts à un homme de loi. Dans son sens moderne, il y a bien une dimension économique, certaines prestations relèvent en partie d'une relation client-prestataire.¹⁵⁶ Cela n'enlève rien à la primauté de la citoyenneté,¹⁵⁷ la qualité de client découlant de cette qualité première.

Elle a cet avantage d'être une qualité des personnes « en premier lieu » même lorsqu'elles ne sont pas solvables. C'est à ce titre que la qualité est exigible. La mise en place des actions d'évaluations et des travaux qu'elle suppose sont des éléments de qualité : le développement d'un processus d'évaluation en lui-même est un indicateur d'une démarche qualité. « Elle met en oeuvre un système d'évaluation qui intègre la complexité et met en jeu la multiplicité des acteurs. »¹⁵⁸

Un travail d'évaluation pour innover est tout autant fondateur d'amélioration de la qualité du point de vue des services aux usagers (être capable de proposer des réponses nouvelles aux besoins nouveaux ou mal couverts). C'est un des fondements de la qualité : savoir adapter ses propres outils aux besoins des usagers, élargir la palette d'offres de services. Pour ma part, cette dimension s'attache surtout à l'attention portée au processus « tout au long », dans l'ensemble de ses dimensions, non seulement « productivistes » ou

social et est un des indicateur de l'inversement de l'offre qui passe d'une de logique centrée sur l'offre à une logique centrée sur les besoins, la demande, les droits.

¹⁵⁵ Client : personne qui achète ou demande des services moyennant contributions. Acheteur, consommateur, mais aussi habitué, fidèle

¹⁵⁶ Les prestations pour les personnes âgées, les personnes handicapées, à domicile ou en institution par exemple

¹⁵⁷ Je rejoins de ce point de vue les propos de HARDY J.P., op. cit., p. 155, in les défis de l'évaluation

¹⁵⁸ LEFÈVRE P., Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, 2^{ème} éd. Dunod, p. 61-66

« conformistes », mais surtout dans ses dimensions de concordance réelle avec les besoins réels des usagers. Les retournements d'une logique de l'offre à celle d'une réponse aux besoins tendent vers cette définition de la qualité.

Un tableau fait la synthèse des prochaines étapes du développement des actions en milieu carcéral et ERLI.

ACTIONS RELATIVES A L'EVALUATION DES PROGRAMMES INNOVANTS		
DOMAINE D'ACTIONS	ACQUIS	EN COURS / A DEVELOPPER
ACTIONS EN MILIEU CARCERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Un soutien (financier, opérationnel) multiple aux interventions (SPIP, ECS, UCSA...) - Une diversification des offres et des lieux d'intervention - Une action de communication externe - Un travail en partenariat - Une meilleure connaissance des milieux et problématiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire reconnaître comme mission CAARUD - Intégrer les moyens dans le budget global - Organisation autonome du programme en interne
ERLI	<ul style="list-style-type: none"> - Un processus de développement de projet « consistant » - Un comité de pilotage interne constitué - Une action de communication externe - Un partenariat opérationnel avec GAÏA - Les moyens financiers de la coordination et de l'évaluation interne (PRSP) 2008 - Une amorce de feu vert politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtention de l'autorisation d'expérimentation - Participation comité pilotage DGS - Mise en place de l'action - Obtention des fonds d'évaluation externe

Ce tableau représente au fond une forme d'évaluation du processus mis en place, c'est la quatrième dimension de l'évaluation. Elle concerne « au premier chef » le directeur, l'équipe de direction : quel est l'avancement des projets mis en place ? Quels en sont les points forts et points faibles ? Étapes, méthodes, calendriers, sont-ils respectés ? Les moyens sont-ils obtenus, suffisants ?

Avant de clore le chapitre, cette dernière dimension « d'évaluation du processus » me permet de remettre en perspective « le problème » de l'évaluation. Elle n'est en effet pas seulement interne ou externe, elle permet aussi de démontrer et de piloter. Je propose donc de la relire en quatre dimensions : le contrôle, l'auto-contrôle, le plaidoyer, l'auto-contrôle du processus. C'est un tableau de bord pour relire la question en y intégrant différents items - nature, caractère, contenu, formalisation, outils et objectifs – et une reprise des définitions proposées au chapitre 2.

Repenser l'évaluation en quatre dimensions

NATURE	CARACTERE	CONTENUS	FORMALISATION	OUTILS	OBJECTIF
1 CONTROLE	- Externe - Normatif - Sommatif	- Effectivité - Efficience - Efficacité	- Conformité - Inspection - Évaluation externe	- Référentiels (indicateurs critères, « bonnes pratiques ») - Outils standards	- Inscrire dans la durée - Garantir des moyens - « Assumer », « se conformer » - Légitimer
2 AUTO-CONTROLE	- Interne - Formatif	- Effectivité - Efficience - Efficacité - Adéquation - Satisfaction des besoins	- Évaluation interne	- Projet d'établissement (référentiels, indicateurs, critères, « bonnes pratiques ») - Outils standards et spécifiques	- Apprendre - Vérifier - Reformuler - Définir un nouveau projet
3 PLAIDOYER	- Interne - Externe - Formatif - Comparatif - Analytique	- Efficience - Efficacité - Adéquation - Impact environnement et politiques publiques	- Protocoles spécifiques	- Démarche projet - Communication - Partenariat - Communiqués - Articles	- Innover - Ajuster les offres aux besoins - Démontrer, apprendre, vérifier, reformuler, transposer, promouvoir
4 AUTO-CONTROLE DU PROCESSUS	- Interne - Normatif - Sommatif - Formatif - Dynamique	- Effectivité - Efficience - Efficacité - Satisfaction des besoins - Impact environnement et politiques publiques	- Management de / par projet - Évaluation du management	- Tableaux de bords - Planification - Outils standards	- Évaluer le processus d'institutionnalisation - Piloter - Vérifier 1, 2, 3

Ce tableau n'a pas la prétention d'être complet. Simplement, c'est une proposition pour un travail « d'évaluation » qui identifie quatre dimensions :

- Celle relative à la mise en conformité
- Celle relative à la mise en place des éléments d'évaluation interne et externe
- Celle relative au travail d'évaluation des innovations
- Celle relative au travail d'évaluation du pilotage des processus

C'est une façon de repenser l'évaluation au-delà de ses contraintes et de ses dimensions internes et externes.

Pour conclure ce chapitre, si le travail présenté ne prétend pas mettre en place une « démarche qualité » en tant que telle, il s'en approche.¹⁵⁹ Dans les deux cas, évaluer pour instituer ou évaluer pour innover, développer, s'impose. Pour piloter aussi. Enfin, du point de vue du management, j'ai présenté la possibilité d'innovation pour les acteurs comme un levier motivationnel qui permet de faciliter l'intégration de la contrainte évaluative. C'est aussi une démarche qui tend vers une meilleure qualité.

¹⁵⁹ Voir les figures trois « Les fondements de la qualité » et quatre « les indicateurs de la qualité dans les établissements ou services », PP. 66, in LEFÈVRE P., op. cit.

Conclusion

« Les bons résultats dépendent des bonnes pratiques (...). Les actions de réduction des risques vont à l'encontre des préjugés et sont à ce titre, contraintes de faire la démonstration de leur utilité. C'est ce qui a fait leur force jusqu'à présent. A cet égard, l'institutionnalisation du dispositif, si elle est nécessaire à sa survie, est aussi un risque : l'efficacité des outils est en fonction de la façon dont on s'en sert. »

A. COPPEL ¹⁶⁰

Comment diriger l'institutionnalisation en intégrant des contraintes nouvelles tout en s'appuyant sur elles pour conserver un esprit d'innovation ? C'est ce que ce travail a pour ambition de montrer. Les évolutions liées à cette institutionnalisation sont sensibles. Elles ne remettent pour autant pas en cause la capacité d'initiative des acteurs, mais la renforcent moyennant des aménagements. Il a beaucoup été question de réglementations dans ce travail, fonction de direction et réalité des contrôles obligent. Une partie des données « réglementaires » sont ainsi, de fait, elles s'imposent. D'autres restent négociables ou à réformer. La construction des CAARUD, les travaux en cours pour leur donner les outils manquants le démontrent : les acteurs sont invités à la table, à eux de prendre place, de négocier, de proposer. C'est mon parti pris. Dans ce travail, interviennent les acteurs, le directeur, et si j'ose, le dir-acteur. « Le changement ne se décrète pas » dirait Crozier¹⁶¹, tout se négocie. Pour les acteurs, les contraintes supplémentaires comme des changements de procédures d'évaluation par exemple, modifient en quelque sorte « le contrat » moral, certes avec les employeurs, mais surtout avec « leur métier ». Au fond, pourquoi s'y plier s'il n'y a pas de contrepartie ?

Ici, plusieurs contreparties sont proposées. Il n'a échappé à personne dans l'équipe que pérenniser la structure pérennise l'emploi et le service rendu aux usagers. Dans cette équipe, les contestations, les critiques ne s'expriment pas tant envers « la direction » par principe que vers un modèle d'offre de services aux usagers de drogues qu'ils considèrent encore trop marginalisé et insuffisamment développé.

Garantir une capacité d'innovation pour améliorer ces offres de services est une contrepartie essentielle pour intégrer les contraintes supplémentaires. Le management par le projet prend là son sens : conserver une capacité de proposition et de créativité. C'est un axe de motivation pour des acteurs. Passer de l'expérience à l'innovation est un processus créatif.

¹⁶⁰ Op. cit., in SWAPS

¹⁶¹ CROZIER M., FRIEDBERG, 1977, L'acteur et le système, éd. Du Seuil,

Passer à l'institutionnalisation est un processus contraignant, comme l'évaluation. Il est des cas où elle devient un mode de démonstration qui prend sa valeur de levier et de capacité nouvelle pour les personnes qui peuvent s'en saisir. En tout cas, que l'évaluation soit interne ou externe, j'ai tenté de démontrer que son théâtre d'opération est autant à l'interne qu'à l'externe. Au-delà, j'ai proposé de remettre en perspective cette question qui permette de la considérer en quatre dimensions : le contrôle, l'auto-contrôle, le plaidoyer, l'auto-contrôle du processus. Elle reste une contrainte, mais aussi une force de d'accompagnement du changement, de démonstration, et de pilotage. Dans ce processus, la formation aura été une occasion de compréhension et de formulation claire. Ce mémoire représente d'ailleurs pour moi une évaluation intermédiaire des actions que j'ai entreprises.

Cependant, quelques limites sont à noter. Ce secteur est naissant et les acteurs qui l'institutionnalisent sont souvent animés d'un engagement militant plus ou moins affirmé. Accepter des contraintes supplémentaires, même avec une contre-partie, nécessite de trouver les motivations, le sens, les raisons, pour les accepter et les intégrer. Permettre à une équipe de poursuivre son engagement et sa capacité d'innovation est un moteur motivationnel suffisamment puissant pour non seulement favoriser l'intégration des contraintes, mais aussi pour leur utilisation en tant que meilleure démonstration. C'est en tout cas un secteur qui émerge à partir d'une culture de l'innovation. Elle s'institue, est-ce un paradoxe à intégrer ou une posture en voie de disparition par conséquence ?

Les capacités d'innovation restent très dépendantes des politiques publiques dans un domaine sensible, notamment sur le plan légal. En termes de développement de l'offre de RDR aux usagers, d'autres pays Européens, comme l'Allemagne ou l'Espagne,¹⁶² proposent des salles d'injection pour mieux prévenir les contaminations au VIH mais surtout pour mieux lutter contre le VHC. Les CAARUD resteront-ils et pourront-ils être créatifs en proposant eux aussi de nouvelles modalités d'action comparables « malgré » ce statut ?

La reconnaissance des usagers est un domaine dans lequel la RDR a été pionnière. Mais les usagers ne sont pas seulement acteurs de leur santé, ils peuvent être acteurs de santé. C'est la reconnaissance professionnelle de ces acteurs qui pose encore problème. La mise en évidence de la plus value de ces acteurs et de leurs pratiques est à ce jour un défi d'évaluation à relever. C'est sans doute un préalable à leur reconnaissance comme acteurs.

Enfin, la RDR ne représente qu'un tout petit secteur social et médico-social en France. Un recensement de juin 2007 fait état de la création de 114 CAARUD sur les 213 structures identifiées comme faisant de la RDR. Un CAARUD français compte en moyenne 4,25 ETP.¹⁶³ Pour la Réduction Des Risques en tant que politique publique, l'avenir des petits CAARUD pose question. Pour SIDA Paroles, gros CAARUD, mais petit ESSMS, j'ai pu

¹⁶² SWAPS, op. Cit.

¹⁶³ Enquête SAFE associant L'ANIT, AIDES, MDM et l'AFR, juin 2007

mesurer le travail qui a été fait et reste à faire, et les conditions pour s'adapter aux nouveaux cadres. Comment les plus petites structures pourront-elles gérer toutes les dimensions que représente ce passage en CAARUD-ESSMS ? N'y a-t-il pas là une perspective de regroupement à imaginer ? Les projets tels qu'ERLI ou, plus modestes, mais fonctionnels, comme celui d'un progiciel renforcent ces questionnements : penser des formes de coopérations (des CAARUD coopératifs ou une coopérative des CAARUD) devient un véritable objet de travail. Dans les domaines de l'évaluation, cette coopération pourrait être très concrètement utile ; peu de CAARUD ont les moyens de financer une expertise externe en appui de leur travaux d'évaluation. Rassemblés, ils pourraient y faire face plus facilement. « L'union fait la force » dit-on. C'est un autre stade de développement. J'espère, et je vais faire en sorte qu'il adienne.

Bibliographie

Ouvrages

- ALTER N., nov. 2005, *L'innovation ordinaire*, 2^{ème} éd., Quadrige PUF, Paris, 288 p.
- BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., 2007, Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale, éd. Dunod, Paris, 286 p.
- CABALLERO F., BISIQU Y., nov. 2000, Droit de la drogue, 2^{ème} éd. Dalloz, Paris, 827 p.
- CHARLEUX F., GUAQUERE D., 2006, *Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Évaluation interne, outils, méthodes et mises en œuvre*, ESF éditeur, Issy les Moulinaux, 286 p.
- COPPEL A., 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. éd. La Découverte, Paris, 384 p.
- COPPEL A., 1996, Vivre avec les drogues, les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques en France, communication n° 62, EHESS, éd. Seuil,
- CROZIER M., FRIEDBERG, 1977, L'acteur et le système, éd. Seuil,
- DEFERT D., nov. 1989, SIDA et Toxicomanie, répondre, sous la direction du Pr. NICOLAS A. C., éd. Frison Roche,
- DEJOURS C., mars 2003, L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation, INRA éditions, 82 p.
- GAREL G., 2003, Le management de projet, éd. la découverte, coll. repères, Paris, 123 p.
- HARDY J.P., 2006, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2^{ème} éd. Dunod, Paris, 423 p.
- LASCOURMES P., 1977, Prévention et contrôles social. Les contradictions du travail social. coll. Déviance et société, éd. Médecine et Hygiène - Masson, Genève, 262 p.
- LOUBAT J.R., 2005, *Élaborer son projet d'établissements social et médico-social*, 2^{ème} éd. Dunod, Paris, 354 p.
- J. PAPAY, 2007, L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social, éd. Vuibert, coll. perspectives sociales, Mayenne, 255 p.
- TESSIER S., ANDREYS J.B., RIBEIRO M.A., 2004, Santé publique, santé communautaire, 2^{ème} éd. Maloine, Paris, 341 p.
- OIP, oct. 2000, Le nouveau guide du prisonnier, Les éditions de l'atelier / éditions ouvrières, Lonrai
- Le Robert historique de la langue française, ss. la dir. de A. Rey, 1998, Paris
- Société Française de Santé Publique, avril 2000, Développement social et promotion de la santé, La démarche communautaire, coll. Santé et Société, N°9, Nancy, 183 p.

Articles, actes, travaux universitaires

BARRE M. D., BENECH-LE ROUX P., 2004, *Approche sociologique des acteurs de première ligne travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant, Études et données pénales n° 95, CESDIP CNRS,*

BERGERON H., 1999, *politiques publiques et croyances collectives, Analyse socio-historique de la politique de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995, Déviances et société, 131-147*

COPPEL A., *Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques, Les Cahiers de l'Actif, n°310-311, mars-avril 2002, pp. 11-22*

COPPEL A., ROGISSART V., 2006, Enquête exploratoire portant sur les psychostimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région Parisienne, SIDA Paroles

DEBRUS M., oct. 2003, thèse d'exercice de docteur en pharmacie, « Transmission de l'hépatite C chez l'utilisateur de drogues : résultats de l'étude « Paris sud 2002 » et implications sur les stratégies de prévention », Faculté de pharmacie de Chatenay-Malabry

DEBRUS M., sept. 2005, « Agir contre l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues actifs – planification d'un projet expérimental d'éducation à l'injection à moindre risques dans un CAARUD », Master professionnel mention santé publique, Université de Versailles St Quentin en Yvelines

DEFERT D., mars 2000, Lutter contre le SIDA et droits de l'homme : les moments clefs, actes du colloque du 11 mars 2000 Droits de l'Homme et Santé publique, Ligue des droits de l'Homme, AIDES

DUPREZ D., L'émergence du jeune leader dans les cités populaires et les nouvelles vocations à l'animation, in Problèmes de jeunesse et régularisation sociales. Actes des cinquièmes journées internationales, Vaucresson, 259-267

GERARD F.M, avril 2002 L'indispensable subjectivité de l'évaluation, Antipodes, n°156, 26 – 34

GADREY J., 2004, L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire : une mise en perspective sur la base de travaux récents. Rapport de synthèse pour la DIES et la MIRE, programme de recherche « l'économie sociale en région », Paris, 136 p.

REAT R., fév. 2008, « Suivi des usagers de drogues en milieu carcéral et à la sortie, un travail inscrit dans le temps et la continuité. », Le guide sortie de prison, SIDAction – Ensemble contre le SIDA

ARCAT SIDA, 1999, Infection par le VIH et SIDA, prévention, enjeux sociaux, connaissances médicales pratiques professionnelles, coll. VIH/SIDA, ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat à la santé et à l'action sociale, CFES

Le journal du SIDA, Éducation aux risques liés à l'injection, repousser les limites, n°208, Août-septembre 2008,

OFDT, *Drogues et toxicomanie, indicateurs et tendances*, éd. 1996, 1999, 2002

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, sept. 2006, L'évaluation interne, guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale,

SWAPS, 2ème trimestre 2008, « En Allemagne, les salles de consommations sont complètement acceptées », « Le paradoxe des salles de consommation », NESTOR H. « Sevrage et salles d'injection: des outils complémentaires ? », COPPEL A.

Textes de loi cités spécifiques à la lutte contre la toxicomanie

Voir en annexe 1 la « Liste chronologique des principaux textes en matière de prise en charge des toxicomanies et de la réduction des risques »

Textes de loi cités spécifiques aux ESSMS

Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, NOR: SOCA0323026D, J.O n° 247 du 24 octobre 2003 page 18112 texte n°5

Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles

Circulaire NDGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

Site consultés ou renvois

AFR : <http://a-f-r.org/>

Les références suivantes sont consultables sur ce site

- Comptes-rendus des journées thématiques ; 8 juin 2007 « La réduction des risques en prison, ruptures et continuité » ; 6 juin 2008 « L'éducation aux risques liés à l'injection en France »
- *DEBRUS M., sept. 2005, « Agir contre l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues actifs – planification d'un projet expérimental d'éducation à l'injection à moindre risques dans un CAARUD », Master professionnel mention santé publique, Université de Versailles St Quentin en Yvelines*

ANAESM : <http://anesm.sante.gouv.fr/>

- « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale »

- Mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF

Ministère de la santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative : www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr/

- Communiqué de presse du 23 juin 2008 : « Présentation des mesures innovantes en matière de réduction des risques pour les usagers de drogues »

OFDT : <http://www.ofdt.fr/>

- Données nationales et locales

SAFE : www.safe.asso.fr/

- Résultats de l'enquête inter associative sur la RDR en France, 2006

SIDA Paroles : <http://www.sidaparoles.org>

- *BARRE M. D., BENECH-LE ROUX P., 2004, Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, Étude d'un espace professionnel déviant, Études et données pénales n° 95, CESDIP CNRS,*
- *COPPEL A., ROGISSART V., 2006, Enquête exploratoire portant sur les psychostimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région Parisienne, SIDA Paroles*

Les documents relatifs au projet ERLI sont consultables sur ce site (protocole, argumentaire, documents d'évaluation)

Liste des annexes

- 1) Liste chronologique des principaux textes de lois sur la prise en charge de la toxicomanie et de la réduction des risques, p 13
- 2) Les missions des CAARUD, p18
- 3) Rétro-planning 2006 – 2012, p56

**LISTE CHRONOLOGIQUE DES PRINCIPAUX TEXTES
SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXICOMANIE
ET DE LA REDUCTION DES RISQUES**

1. **Loi n° 70-1320** relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (J.O du 2 janvier 1971)
2. **Décret n° 87-328 du 13 mai 1987** (à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la santé) portant suspension des dispositions du décret n° 72 200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Ce décret suspend pour une durée de un an les mesures de l'article 2 du décret de 1972 qui obligeaient . à justifier de son identité lors d'achat de seringues. et expérimente ainsi la mise en vente libre des seringues pour les personnes majeures.
3. **Décret n° 89-560 du 11 août 1989** : l'article 2 du décret n°72-200 du 13 mars 1972 est abrogé. La vente libre des seringues pour les personnes majeures est définitivement acquise.
4. **Décret n° 95-255 du 7 mars 1995** modifiant à nouveau le décret du 13 mars 1972 : les associations à but non lucratif et les personnes physiques menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues, sont autorisées à délivrer des seringues stériles.
5. **Arrêté du 7 mars 1995** relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles
6. **Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995** relative au traitement de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacés : détermination du cadre de mise en œuvre des traitements de substitution
7. **Circulaire n° 37 du 12 avril 1995** (4 annexes) relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intra-veineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile signée de Simone Veil et Philippe Douste-Blazy. Il est demandé aux services déconcentrés d'accentuer leurs efforts et de mettre en œuvre de nouvelles actions pour :
 - Favoriser la diversification des modes d'accès au matériel stérile,
 - Accompagner l'action des pharmaciens,
 - Conduire une concertation préalable avec les partenaires locaux notamment les services de l'Etat à la mise en place de nouveaux programmes,
 - Évaluer les actions conduites.
8. **Lettre circulaire DGS/DS2/1320 du 15 octobre 1995** (2 annexes) relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.
9. **Décret n° 96-494 du 7 juin 1996** instituant une aide de l'Etat à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. La définition des matériels ainsi que les conditions

dans lesquels l'aide de l'Etat peut être versée sont prévues dans les cahiers des charges n°1 n°2 publiés au B.O du ministère des affaires sociales n° 96/19.

10. **Arrêté du 7 juin 1996** fixant le montant unitaire de l'aide de l'Etat à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de contamination par les virus du sida et des hépatites.
11. **Note d'information DGS/DS2 n° 1502 du 21 novembre 1997** sur les modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.
12. **Circulaire DGS/DIV-SIDA n° 98-72 du 4 février 1998** relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998.
13. **Arrêté du 10 septembre 1998** fixant le montant unitaire de l'aide de l'Etat à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par le virus du sida et des hépatites :
 - Le montant de la subvention est réévalué pour les trousse conformes au cahier des charges n°1 et 2.
 - Pour tenir compte de l'évolution des trousse (inclusion d'une cupule de dilution et de chauffe du produit et d'un filtre) il est créé 2 nouveaux cahiers des charges (n°3 et 4). Le montant de la subvention pour les modèles de trousse correspondants est plus élevé.
14. **Arrêté du 1^{er} avril 2002** fixant le montant unitaire de l'aide de l'Etat à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par le virus du sida et des hépatites. Cet arrêté revalorise le montant unitaire de l'aide de l'Etat.
15. **Note N° DGS/SD6B/INPES/2004/381 du 3 août 2004** à l'attention des DRASS et DDASS relative aux commandes de matériels d'injection stérile auprès de l'INPES et demandes de renouvellement des distributeurs automatiques.
16. **Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** (article 12 codifié dans le code de la santé publique) :
 - Article L.3121-3 : le rôle de l'Etat en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue est affirmé.
 - Article L.3121-4 : définition de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue.
 - Article L.3121-5 prévoit:
 - À l'alinéa 1, la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)
 - À l'alinéa 2, le financement de ces structures
 - À l'alinéa 3, les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.
17. **Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005** : (article D.3121-33 du code de la santé publique) référentiel national pour les actions à mener en matière de réduction des risques.
18. **Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005** relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (art. R.3121-33 à R.3121-33-4) Il fixe les 7

missions des CAARUD : accueil, soins, droits sociaux, contact, matériel de prévention, médiation, alerte.

19. **Circulaire DGS/6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006** : relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des CAARUD et à leur financement.
20. **Arrêté du 16 janvier 2006** fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
21. **Circulaire n°DGS/MC2/ 79 du 28 février** relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement, et de prévention des addictions et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologies
22. **Lettre-circulaire du ministre de la santé et des solidarités aux directeurs des CAARUD du 4 décembre 2006** : le ministre demande à ces structures de faire tout particulièrement porter leurs efforts sur les actions prévenant les contaminations des UD par les virus des hépatites B et C

Nomenclature des activités RDR en CAARUD
(Selon les missions du décret – document en annexe n°2 du décret)

MISSIONS	ACTIVITES	LIEU OU NIVEAU DE PRESTATIONS	PRINCIPES FONDATEURS RDR
ACCUEIL	- Recevoir dans des lieux fixes à des horaires connus et réguliers	- De jour et / ou de nuit	- Accueil sans préalable des usagers dans l'état où ils se présentent et responsabilisation de l'utilisateur en tant qu'acteur du maintien de sa santé
	ET / OU		
	- Recevoir dans des lieux mobiles	- Antennes mobiles, bus, - Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	- Établir et entretenir un lien avec l'utilisateur
SOINS	- Proposer des soins de santé de premier niveau, y compris l'éducation sanitaire et le conseil	- Sur place	- Les besoins fondamentaux en matière de santé doivent être correctement couverts (hygiène, soins)
	- Accompagner ou orienter l'utilisateur vers le système de soins spécialisés ou non	- Vers : CSST, Hôpital et CDAG, gynéco.obst./PMI, soins dentaires, médecine de ville, psychologue, psychiatre, réseau de pharmaciens	- Prévention des maladies infectieuses
DROITS SOCIAUX	- Informer sur les droits sociaux - Accompagner et organiser le relais avec les collectivités territoriales (soutien aux démarches administratives)	- Sur place, les travailleurs sociaux informent les usagers sur leurs droits (et responsabilités) - Ils orientent ou accompagnent dans les démarches vis-à-vis des administrations en charges de la protection sociale (assurance maladie, mairie, département)	- Accès aux services sociaux doit être assuré pour toute personne : couverture sanitaire et sociale, logement, travail...
CONTACT	- Pouvoir repérer et rencontrer les usagers dans les lieux où ils se trouvent (soins, éducation sanitaire, conseil)	- Équipes de rue - Équipes mobiles - Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	- Faciliter la rencontre et favoriser une prise en charge adaptée aux besoins de chaque usager

MATERIEL DE PREVENTION	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'accès aux outils et aux trousseaux de prévention. - Développer et diffuser des messages de prévention - Gestion des déchets à risques infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes d'Echange de Seringues, distributeurs automatiques, pharmacies, lieux de rencontre 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des risques infectieux - Adaptation des outils aux nouveaux usages
MEDIATION	<ul style="list-style-type: none"> - Servir de relais avec les autorités locales et les riverains - Participer/animer les rencontres avec les professionnels médico-sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Communes, quartiers, voisinage - Services sanitaires et sociaux - Services de police et administration judiciaire - Réseaux de soins (médecins, pharmaciens) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation et insertion des usagers dans la vie locale
MISSION NE CONDITIONNANT PAS L'AUTORISATION EN CAARUD			
ALERTE	<ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les nouveaux usages les autorités - Transmettre les messages d'alerte auprès de l'utilisateur - Sensibilisation et éducation à la santé de groupes d'utilisateurs - Connaissance des usages et produits (TREND) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieux de contact et d'accueil de l'utilisateur - Réunions d'utilisateurs (femmes, sortants de prison, malades du sida ou hépatites...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du dispositif aux nouveaux usages et nouveaux produits et action de sensibilisation auprès de groupes cibles - Alerte sur les phénomènes émergents

Rétro-planning 2006 – 2012 relatif à la mise en conformité et aux évaluations interne et externe

