Guide pratique de travail d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues

DEMOCRACY CITIES DRUGS PROJECT

European Forum for Urban Security

accés

GUIDE PRATIQUE
DE TRAVAIL D'OUTREACH
ET DE REDUCTION DES RISQUES
AVEC LES PERSONNES
USAGERES DE DROGUES

Cette publication est co-financée
par la Commission Européenne.
Elle n'engage que ses auteurs et la Commission Européenne n'est responsable d'aucune utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans ce document.

Auteurs

Association ACCES, Marseille, France

Jacqui Schneider-Harris, Eric Schneider,
Amandine Akouka

DAAT, Nottinghamshire, UK

John Taylor

City of Sosnowiec, Pologne

Krzysztof Demczuk, Edyta Wykurz

Contenu

Remerciements

Introduction .....p. 07

1. Les principes de la Réduction des Risques ..... p. 09

2. Historique de l'outreach dans les pays partenaires ..... p. 13

3. Pourquoi mener une action d'outreach avec les PUD ..... p. 21

4. Identification des groupes cibles/évaluation
des besoins ..... p. 25

5. Préparation du terrain ..... p. 27

6. La sélection et formation des intervenant(e)s
d'outreach .....p. 33

7. S'engager dans le travail de rue .....p. 37

8. Sécurité au travail et stratégies de soutien..... p. 41

9. Monitoring et évaluation du travail de rue ..... p. 47

10. Finir le travail de rue, analyse du processus,
et identification des besoins à venir ..... p. 53

Conclusion ..... p. 55

Bibliographie et références .....p. 57

Annexes .....p. 61

Remerciements

ACCES remercie le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU) pour le travail de coordination du projet DC&DII.

ACCES remercie les Villes de Nottingham, Sosnowiec et la Plaine Centrale pour leur implication dans ce projet et la richesse des échanges.

ACCES remercie Emmanuelle Hoareau et Jérôme Latrobe pour leur contribution à l'élaboration du manuel.

Introduction

Le deuxième projet **Démocratie, Villes et Drogues (DC&D II)** a pour objectif de soutenir les villes européennes dans le développement, en matière de drogues, de politiques locales partenariales impliquant tous les acteurs concernées – autorités locales, services de santé, services de justice, les communautés (y compris les minoritaires) ainsi que les utilisateurs de centre de soins. Cette initiative à dimension européenne, portée par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU), vise à développer une approche coordonnée, participative et ciblée sur les questions liées à la consommation de drogues.

ACCES s'inscrit dans ce projet en tant que partenaire associé et propose dans le cadre de sa plateforme « éducation à la santé » des outils pratiques pour les professionnels travaillant avec les usagers de drogues. ACCES a développé ces outils en collaboration avec les municipalités de Nottinghamshire (Angleterre), Sosnowiec (Pologne) et la Communauté d'Agglomérations de La Plaine Centrale (France). La situation en termes d'usage de drogue de ces trois villes ou groupements urbains est, cela va sans dire, complètement différente, que ce soit sur les questions de types et formes d'usage, de stratégies préventives ou de services existants. En effet, les pays impliqués dans le projet n'ont pas les mêmes ressources ni les mêmes expériences quant au travail d'aller vers les usagers de drogues. Néanmoins, les prises de risques liés à l'usage et à la grande précarité semblent constituer des problématiques transversales sur lesquelles les équipes se sont appuyées pour élaborer des stratégies opérationnelles communes. Le cadre légal peut s'avérer être un obstacle à ces stratégies, s'il s'inscrit dans le tout répressif, dans des circonstances différentes il est utile de communiquer avec les forces, telles que la Police pour négocier un terrain qui permet à chacun de faire son travail avec le moins d'interférences possibles.

Ainsi, un programme de formation des formateurs à destination des professionnels de terrain a été mis en place et une session a été conduite en mars 2010 à Paris. Ce module de formation a eu pour vocation de donner des éléments pratiques aux intervenants de terrain en matière de réduction des risques et de travail de rue avec les usagers de produits.

Cette formation basée sur l'interaction et l'échange a permis aux participants, à partir de leurs expériences de terrain, de partager leurs approches et d'élaborer collectivement des bonnes pratiques adaptées aux différents contextes d'intervention en vue de. La diffusion de celles-ci sous forme d'un guide de travail pratique au sein des équipes des pays partenaires du projet constitue l'objectif.

De ce travail collectif a émergé le besoin de construction d'un outil fonctionnel s'étant matérialisé sous la forme de ce manuel auquel les intervenants de première ligne peuvent se référer dans leur travail quotidien. Il propose des éléments permettant au travailleur de rue, débutant ou pas, d'entrer en contact avec les personnes dans une démarche de promotion de la santé. En effet, aller au devant d'un public en situation d'usage, lorsque l'on est soi-même parfois usager ou ex-usager, peut constituer une mise en danger et nécessite au préalable d'avoir un cadre d'intervention solide. Pour étayer cette démarche, ce guide pratique et pragmatique propose des stratégies concrètes en termes de travail de rue : intervention en binôme, posture, techniques d'évaluation de l'usage, éthique,…

Au-delà de cette vocation de support technique, cet ouvrage peut également accompagner la réflexion des professionnels dans la mise en place concrète d'actions de terrain afin de se poser ou se reposer les questions relatives aux objectifs et modalités du travail de proximité avec les usagers de produits.

1. Les principes de la Réduction des Risques

Brève définition de l'Outreach Work et de la Réduction des Méfaits ou RdR

Le sujet du manuel étant l'Outreach Work (OW), il parait approprié d'en donner une définition rapide. En anglais, ce mot est auto explicatif, puisqu'il s'agit de la traduction inversée (comme repris plus tard) de ce qu'est l'OW : **Aller vers.** Si cette définition parait simple à formuler, elle le devient moins dans sa concrétisation, d'autant que la simplicité du principe peut, en elle-même, nous tendre des pièges dans la réalisation, autant d'un point de vue pratique que d'éthique et de sécurité. Ces aspects seront repris plus avant. Cette démarche d'aller vers a démontré son utilité dans bien des contextes et avec bien des publics, mais particulièrement depuis 1988, dans le cadre de la Réduction des Méfaits, plus communément appelée en France Réduction des Risques (RdR), en prime abord auprès des PUD utilisant la voie intraveineuse (injection, Usagers de Drogues par Voie intraveineuse, UDVI), dans le cadre de la lutte contre le VIH.

Si, comme cité plus haut, la RdR a initialement ciblé les UDVI, elle a suivi des évolutions au fil du temps pour élargir son champ d'action, nous y reviendrons d'ailleurs dans ces paragraphes. Dans les principes de la RdR, il nous faut différencier les principes «philosophiques», les principes d'application pratiques, les objectifs avec leur évolution, et, d'abord et avant tout, le pourquoi.

Le pourquoi

En 1986, la pandémie VIH est officielle. En 1988, le rapport «Drug misuse and HIV» (Rapport de l'ACMD, GB / cf. chapitre : Historique) met en avant un nombre de points cruciaux dans le développement et la lutte contre le VIH. Il souligne notamment que cette épidémie est extrêmement ravageuse chez les UDVI, faute de contacts suffisants entre services et PUD. Il est donc nécessaire de penser

une nouvelle approche. D'un point de vue pragmatique, cette démarche est vite évidente : il faut aller vers les usagers puisqu'ils ne viennent pas vers nous (ce sera aussi une ouverture pour embaucher des «anciens usagers», malheureusement trop souvent mal gérée, laissant les personnes souvent livrées à elles-mêmes, sans ou avec peu de formation, supervision, intégration dans les équipes, etc.). Ceci sera la réintroduction de l'OW.

La Réduction des Risques, les objectifs

Bien que mise à l'ordre du jour par rapport à la lutte contre le VIH, puis les hépatites, la RdR a suivi une évolution naturelle avec le temps. La RdR repose sur un principe purement pragmatique (comme l'OW) : puisque les PUD, ne vont pas arrêter leur usage simplement parce que la société le dit, faisons en sorte qu'ils fassent usage dans les meilleures circonstances possibles, et en s'exposant aux moins de risques possibles (une définition plus 'officielle' est donnée ci-dessous dans l'historique de la RdR en Grande Bretagne).

Comme cité plus haut, ciblant en première instance les injecteurs (UDVI), les messages étaient essentiellement orientés sur le «shoot propre», injection à moindres risques. Avec l'expérience, la RdR a évolué vers l'usage à moindres risques plus globalement. Au-delà des épidémies, aborder les différents produits, les risques associés, les modes d'usage, les pratiques et la prévention de l'overdose (surdose), s'est imposé.

Il ne s'agit plus seulement d'éviter les contaminations, mais les abcès, décès par overdose, septicémie et autres risques sanitaires. Mais la RdR, de par ses principes, peut aussi jouer un rôle dans les prises de risque au niveau social, risques sexuels, et le comportement à risque plus généralement (risque lié à la souffrance psychique, tentatives de suicide et récidives, au volant, etc.). Autre point important, la RdR et l'OW permettent de construire et de garder des liens avec les PUD les plus chaotiques ; ceux qui

n'intègrent pas les services ou en sont exclus. Elle offre une souplesse que n'offrent pas toujours d'autres dispositifs.
La RdR dans sa vision d'accompagnement ne demande pas l'abstinence, demande qui clôt souvent le débat avant même qu'il n'ait commencé.
Nous voyons donc qu'après avoir démarré dans la lutte contre le VIH, la RdR a évolué vers un accompagnement des personnes durant leur usage, et peut s'élargir à d'autres domaines.

Les principes philosophiques

Il s'agit là, de la position profonde de ce travail. En effet, pour s'engager dans ce travail des principes sont requis :

- Accepter la réalité de la personne
- Accepter l'usage, parti de cette réalité
- Pouvoir travailler avec et non contre l'usage, l'intervention d'OW est non directive (*Non directivité, Counselling Humaniste centré sur la Personne, Carl Rogers*)
- Porter un regard positif inconditionnel (*Counselling humaniste centré sur la personne, Carl Rogers*) et dans la durée. Ce principe signifie avoir une croyance profonde et durable dans la capacité de la personne à identifier et résoudre ses propres problématiques, par elle-même. Si ce principe peut s'avérer simple au début du travail, il devient plus compliqué avec le temps, les rechutes, etc.
- L'empathie, autre notion aussi mise en avant dans le Counselling par C. Rogers, nous ramène au travail sur soi, (*et dans ce que nous considérons comme un appel à notre réelle capacité émotionnelle, tant vis-à-vis de la personne que, vis-à-vis de soi*), et notre capacité à être proche de la personne. Carl Rogers définit l'empathie comme s'approcher au plus près du vécu de la personne concernée (*ce principe comme les autres méritent de suivre une formation*)

- Autre principe du Counselling, la congruence (*capacité de l'intervenant(e) à être authentique. Nous reviendrons sur ce principe dans la rubrique « A faire et ne pas faire »*).

Ces principes de bases nous aident, entre autre, à entrer dans une démarche fondamentale à l'OW, la position de non jugement vis-à-vis de l'usager.

Les principes d'application pratique

Nous retrouverons ces principes dans les paragraphes suivants, nous nous contenterons ici d'être très succincts.

- Toujours approcher les personnes avec une notion acquise de la dignité et du respect auxquels ils ont (elles) ont droit
- Eviter d'être intrusif, dans le contact ou dans l'échange
- Travailler au rythme des personnes, ne pas avoir d'attentes qui nous appartiennent et non aux personnes vers qui nous allons

Ces trois principes sont fondamentaux à une bonne réalisation d'action de RdR et d'OW.

2. Historique de la réduction des risques en Grande Bretagne, en Pologne, et en France

La Grand Bretagne

La réduction des risques représente une politique sociale relativement nouvelle qui a connu une forte popularité en Grand Bretagne, aux Pays Bas, et actuellement aux Etas Unis. Même si la réduction des risques est un cadre pouvant s'appliquer à tous types de drogues et parmi elles l'alcool, elle a été essentiellement mise en œuvre auprès des usagers/usagères par voie intraveineuse dans un objectif de réduire la transmission du VIH/SIDA.

L'historique de la réduction des risques en Grande-Bretagne trouve ses origines au 18ème siècle pendant lequel une législation a été mise en place afin de diminuer les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'alcool. Durant le 19ème siècle, le courant en faveur de la sobriété a gagné de l'influence dans le domaine de la politique publique britannique sur les drogues, et a entraîné des changements en termes de contrôle du commerce mondial d'opium. Il a fallu attendre le « Pharmacy Act » de 1868 pour que l'usage de drogues, jusqu'alors utilisé à des fins médicinales, soit observé plus attentivement d'un point de vue du mésusage et l'addiction.

La Grande-Bretagne a signé en 1912 la Convention Internationale sur l'Opium à la Hague qui a obligé gouvernement à contrôler l'importation et l'exportation de drogues dangereuses ; ce terme ayant été utilisé par la suite dans toutes les législations en rapport avec les drogues jusqu'en 1971. Le « Dangerous Drugs Act » de 1925 a désigné plus particulièrement l'opium, la morphine, la diamorphine et la cocaïne comme « drogues dangereuses » en vue de contrôler leur importation et exportation, de réduire les risques liés à leur usage et d'aborder la question de leur possession et de leur vente.

La Grande Bretagne s'est servie de cette législation pour réduire l'accès aux produits jusqu'en 1968. Reconnaissant l'augmentation d'un usage « social » des drogues vers la fin des années 60, la législation majeure du « Misuse of Drugs Act » a été mise en place en 1971.

Dès lors, la Grande-Bretagne a vu se développer un accès à l'information et un soutien pour les usagers de drogues en difficulté et leurs familles et c'est à ce moment là que s'est créé notamment « LifeLine » à Manchester (1971). A cette époque, la population « problématique » d'usagers par voie intraveineuse était relativement limitée et ce n'est que vers la fin des années 70 que les législateurs ont commencé à s'en préoccuper. La notion de réduction des risques a vraiment vu son envol au début des années 80 lorsque le VIH/SIDA s'est implanté dans la société et au niveau mondial. La compréhension du VIH et de son mode de transmission par le sang est concomitante avec l'augmentation dramatique de l'usage d'héroïne en Grande-Bretagne.

Le premier programme d'échange de seringues (PES) était créé à Liverpool en 1985 associé à un mouvement significatif de sensibilisation aux problèmes liés aux mésusages de drogues et des efforts pour améliorer la situation des usagers. En 1988 le Advisory Drug Council on the Misuse of Drugs (ACMD) a, dans son rapport, cité les objectifs clefs suivants de la Réduction des Risques : réduire l'incidence de partage de matériel d'injection, réduire l'incidence d'injection, réduire l'usage de produits de rue, réduire l'usage de drogues prescrites, augmenter l'incidence d'abstinence de tout usage.

Le gouvernement Conservateur a introduit la réduction des risques en tant que terme et concept de santé publique et diverses campagnes nationales de sensibilisation à la fois sur le VIH/SIDA et l'usage d'héroïne ont été lancées par la suite. Même si l'efficacité des ces campagnes reste toujours controversée, il s'agissait malgré tout d'un pas en avant important du gouvernement britannique en

termes de reconnaissance des implications plus larges des comportements « à risques ».

La Première Conférence Internationale sur la Réduction des Risques liés aux Drogues qui a eu lieu à Liverpool en 1990 a été un moment décisif pour la réduction des risques l'instaurant en tant que principe et plaçant les problèmes liés à l'usage de drogues au même niveau que d'autres questions sanitaires et sociales. Ce fut l'occasion de rendre visibles des initiatives pionnières et des « nouvelles » méthodes de travail initiées notamment selon le modèle de RdR de Mersey. Celle-ci s'est focalisée sur la réduction des risques, plutôt que, comme c'était le cas auparavant, d'essayer de réduire l'usage de drogues lui-même. D'autres conférences ont eu lieu en Grande-Bretagne et au niveau international, lesquelles ont donné naissance à l'association Internationale de Réduction des Risques (The International Harm Reduction Association -IHRA).

La nouvelle politique, bien qu'au départ, motivée par la crainte de la propagation du VIH, a reconnu les risques inhérents au partage du matériel d'injection et les bénéfices de la prescription de la méthadone ainsi que l'intérêt de la santé communautaire. La police a notamment joué un rôle clé dans l'orientation rapide des UD vers les services amenant la politique de Réduction des Risques à reconnaître et à favoriser les projets inter-services pour atteindre des objectifs partagés.

Les années 90 ont vu une augmentation significative et une diversification des usagers et des substances consommées et, notamment l'apparition des « drogues à usage récréatif ». En 1995, le décès de Leah Betts après une consommation d'ecstasy a provoqué une vive réaction et entrainé un mouvement de promotion de « l'usage à moindre risque » dans les domaines de l'éducation, la formation et l'information.

Si le VIH/SIDA n'a finalement pas évolué vers l'épidémie tant redoutée, l'usage d'héroïne par voie intraveineuse, lui, a continué

d'augmenter entraînant ainsi une hausse du taux des délits, notamment le vol et le cambriolage.

La Stratégie Nationale en matière de Drogues a insisté sur une coopération entre les services publics. Le « Crime and Disorder Act » (C&DA 1998) a fourni des nouvelles opportunités à la police, afin notamment d'identifier les usagers et de les pousser à intégrer les services de traitement qui fleurissaient un peu partout à cette époque.

Ce positionnement stratégique a consacré les initiatives innovatrices de Liverpool et Manchester, les plaçant comme références en matière de « bonne pratique » à travers le pays. Les dispositifs d'échange de seringues, ainsi que des messages d'information et des conseils qualitatifs et réalistes sont devenus plus accessibles à la population générale par un effort focalisé non plus seulement en direction des UD existants mais vers la population générale afin d'éviter dès le départ l'entrée dans l'usage (prévention primaire).

La Pologne

La substitution a été introduite en Europe en 1967 comme moyen de réduction des risques. En Pologne la seule substitution accessible à cette époque était la méthadone. Or, en accord avec le Act Counteracting Drug Addiction, d'autres drogues peuvent également être proposées comme substitution, sujettes à déclaration légale.

En dehors de la méthadone, la buprenorphine est également proposée comme substitution et est devenue un traitement il y dix ans. Cette molécule est largement utilisée en France par exemple. Dans quelques pays, tels que l'Allemagne, l'Espagne les Pays Bas et l'Angleterre, l'héroïne est aussi utilisée comme produit de substitution mais ceci reste encore controversé.

Depuis quelques années en Pologne le nombre de PES a été réduit. Ces dernières années l'idée d'un dénommé « groupe de travail » a été développée. Les groupes de travail sont présents dans les clubs,

discothèques, et bars et ciblent prioritairement les usagers et usagères de drogues synthétiques.

En 2006, six programmes de ce genre ont été conduits – à Varsovie, Lublin, Poznań, Czestochowa et Szczecin. Le financement des quatre premiers programmes était pris en charge par le Bureau National de Prévention des Drogues et ont déjà été évalués (Radomska et al, 2004).

A Varsovie et Czestochowa les programmes ont été menés par MONAR, à Lublin le groupe de travail a été organisé par l'association KUZNIA, et à Poznań par l'association SEDNO.

L'objectif principal de ces actions était d'améliorer la sécurité des participants des événements organisés par les clubs. Les résultats montrent que ces interventions des groupes de travail sont très appréciées et considérées comme nécessaires autant par les participants des clubs que par les employés.

En Pologne, la réduction du nombre de PES a été constatée ; ceci peut être du à plusieurs facteurs. Premièrement, le 24 Avril 1997 la législation pour contrecarrer l'abus des drogues a été modifiée et une réforme a été instaurée en 2000.

Ces modifications ont renforcé la législation contre les drogues. En conséquence, la possession de drogues, quelle qu'en soit la quantité, est devenu illégale. Jusqu'à la prochaine réforme de cet Acte en 2001, les PES pouvaient être considérés comme agissant en marge de la loi.

Alors qu'il existe moins de PES en Pologne, le nombre de traitements de substitution augmente. Pourtant l'accès à ces services est loin d'être suffisant.

Le premier des ces programmes a été mis en place à l'Institut de Psychiatrie et de Neurologie en 1992 et était au départ un

programme pilote. L'augmentation des programmes de substitution a été significative entre 1995 et 2000.

En conséquence, durant la mise en oeuvre du Programme National Contre l'Addiction aux Drogues de 2002 à 2005, deux nouveaux programmes ont vu le jour. En 2006 pas moins de douze programmes ont été menés, incluant approximativement 1220 patients.

Le Bureau National pour la Prévention de Drogues définit l'éventail de la politique de réduction des risques de la manière suivante :

√ La politique de Réduction des risques est mise en œuvre en lien avec l'infection au VIH. La réduction de transmission du VIH s'appuie largement sur blocage de la route de transmission de l'infection, notamment par voies sanguines et sexuelles.

√ Les activités principales de la politique de Réduction des Risques sont :

- Les programmes d'échange de seringues et de pistons, ou bien l'accès permanent aux désinfectants
- Les programmes de substitution
- Les programmes de distribution de préservatifs
- Les programmes d'éducation et d'information
- Les programmes de promotion de la santé (vaccins, dépistages VIH et les hépatites virales)
- Les programmes d'aide d'urgence (social, légal, bien-être)

La France

Le premier pas concret de RdR en France est marqué par le décret, en 1987 de Mme Barzach, ministre de la santé, autorisant la vente libre de seringues en pharmacie. Malgré des actions innovantes mais hors cadre légal, telles que le Bus PES de Médecins du monde, la RdR ne verra le jour officiellement en France qu'en 1995 (décret Douste-Blazy). Il est intéressant de noter que la France, qui avait

toujours refusé les traitements de substitution aux opiacés, jusqu'alors, place la méthadone comme outil de lutte contre le VIH, ainsi qu'en 1996, la buprénorphine à Haut Dosage (BHD, 1996).

Des « boutiques », lieux d'accueil pour les usagers actifs, existaient déjà, entre notamment à Marseille et Paris, offrant aux PUD un lieu où se poser, se restaurer, se laver, laver leur linge, et, pouvoir discuter librement avec des intervenant(e)s. Mais ces boutiques ne pouvaient pas faire don de matériel d'injection, jusqu'au dit décret.

Un des moments marquants dans la RdR est son institutionnalisation en 2005. En effet l'Etat pérennise la RdR en France, lui offrant une base légale solide (loi du 13 août 2004 du Code de santé publique), et met en place une application en conséquence de la décision.

Il reste discutable et discuté que la RdR avait certes besoin d'une pérennisation, mais peut-être différemment. En effet, cette officialisation s'est accompagnée d'un cadre légal de pratique, qui empêche dans de nombreux contextes, d'être réactif et créatif, ce qui, jusqu'alors était un des aspects particuliers à la RdR.

2. Pourquoi faire de l'Outreach auprès des personnes UD ?

L' « outreach » c'est aller vers, comme sus-cité. En anglais c'est une forme de « *to reach out »*, qui veut dire « aller chercher les gens là où ils sont », ou « tendre la main ». Ainsi, l'outreach c'est le fait de travailler à *aller vers* les gens là où ils se trouvent.

Quand nous voulons faire de la prévention en termes de VIH/hépatites virales, overdoses, abcès, ou d'injection, le public ciblé va être les personnes usagères de drogues et nous allons aller vers elles, et plus précisément vers elles qui ne viennent pas vers nous. On pourrait alors se poser la question du pourquoi aller vers les personnes usagères de drogues alors qu'il peut exister des dispositifs pour les accueillir (selon les pays, les villes etc.). En toute logique, elles n'ont qu'à se présenter dans les dispositifs spécialisés, de droit commun....

La loi et la perception de la Personne Usagère de Drogues

Dans un premier temps, n'oublions pas qu'*au moins* dans les trois pays concernés par ce projet (France, Pologne et Grand Bretagne), l'usage, la possession, le trafic de psychotropes sont illégaux, strictement contrôlés, plus au moins sévèrement punis, et que le simple fait de consommer fait de l'individu un délinquant, voire un criminel devant la loi.

De surcroît, selon l'ambiance politique dans les pays, la notion de tolérance à l'usage est plus ou moins effective – et l'on peut dire qu'aujourd'hui en Europe nous avons une forte impression d'intolérance croissante.

Partant de ce constat, il n'est pas simple pour la personne UD de se présenter dans des services (lorsqu'il y en a) pour parler de son usage et demander aide et soins. Etre perçue avant tout comme

un(e) « délinquant(e)» voire un(e) malade (cf. le mot « toxicomane » en France) n'incite pas aller vers les services. Bien au contraire, ce regard posé sur l'usager et le contexte de répression maintient les personnes UD dans la clandestinité. Par ailleurs, certaines expériences que peuvent avoir les personnes UD ayant fait malgré tout la démarche de se rendre dans les dispositifs spécialisés ne les encouragent pas à y retourner.

Si nous voulons travailler avec ces personnes il faudra donc aller là où elles se trouvent.

Alternatives à l'abstinence

Deuxièmement, bon nombre de PUD, pour diverses raisons, ne peut ou ne veut arrêter son usage. Selon les pays et le contexte politique du moment, la seule option en termes de soins proposée aux PUD est l'abstinence, l'arrêt de la consommation. Ainsi, même les soins de substitution peuvent être accompagnés d'exigences trop élevées pour certaines PUD (présentation quotidienne dans le lieu de soins, interdiction de prendre d'autres produits, analyses d'urine régulières, injonction d'arrêter l'injection, injonction d'être suivi par un(e) psychologue, etc.).

Pour les PUD qui ne sont pas encore au stade de contrôler ou arrêter leur consommation, ce type de dispositif dit de « haut seuil » n'a que peu d'intérêt. Pour toutes ces raisons, l'outreach, l'aller vers, sur le terrain des personnes en usage actif, permet de créer et maintenir un lien, que ce soit durant la période d'usage quelle que soit sa durée, ou le temps que la personne se sent prête à s'engager dans des soins plus exigeants.

Comme il a été décrit dans le chapitre précédent, les notions de travail « bas seuil d'exigence» et de « réduction des risques » ne visent aucunement une démarche vers l'abstinence. Par contre il s'agit d'accompagner les personnes UD dans leurs consommation avec l'objectif principal de réduire les dégâts sanitaires et sociaux

provoqués par l'usage et préserver au maximum ce que l'on appelle le capital santé.

A travers le lien créé avec les UD (cf. chapitre 8) nous sommes en mesure de développer des relations de confiance, discuter de l'usage, évaluer les difficultés, proposer des éventuelles stratégies pour réduire les dégâts, donner du matériel stérile pour l'injection avec des conseils sur leur usage, évaluer le capital veineux et chercher à le préserver, prévenir des infections diverses, les overdoses, les « pétages de plombs », tout ceci en partenariat avec les personnes UD concernées. Si toutefois la PUD souhaite aller vers les soins plus élaborés, ce lien relationnel permet un accompagnement et un soutien en vue de cette démarche.

L'épidémiologie VIH/Hépatites virales

Enfin, les statistiques concernant notamment le VIH et les hépatites virales montrent depuis le début des ces épidémies et à travers le monde, que les PUD sont particulièrement exposées à ces infections principalement de par leurs pratiques d'injection et de sniff, essentiellement à travers le partage du matériel d'usage (seringues, aiguilles, cotons, cuillères, eau, pailles….).

Ce sont également des êtres sexués qui, tout comme le reste de la population, ont des rapports sexuels pour lesquels ils se protègent ou pas, sachant que certains produits, soit stimulent la libido (au moins pendant un temps) soit, réduisent la notion d'exposition aux virus et favorisent donc la prise de risques.

N'oublions pas non plus les enjeux pour les UD qui échangent du sexe contre de l'argent ou le produit. La pression de ne pas se protéger pour gagner plus d'argent est plus forte, surtout en situation de manque ou de craving.

Si réduire l'incidence de ces infections reste une priorité de santé publique, nous ne pouvons pas faire l'impasse d'offrir des services d'information et de prévention aux PUD. Dans des pays où des

actions de réduction des risques auprès des personnes UD ont été menées, nous constatons une réduction indéniable d'infections (notamment VIH et VHC) ce qui la place comme une stratégie de santé publique et individuelle efficace.

Voici donc au moins trois bonnes raisons d'élaborer des projets d'outreach, d'aller vers les UD. Ce type d'action est une réponse possible devant des lois répressives qui les poussent vers la clandestinité. Il permet d'offrir des accompagnements relationnels, sanitaires et sociaux aux UD sans pour autant les obliger à aller vers l'abstinence. Enfin, il permet de réagir positivement avec les UD devant les risques d'infections VIH/hépatites virales, un enjeu important en terme de santé publique localement et plus globalement.

4. Identification des groupes cibles, évaluation des besoins

Le public cible est défini en fonction des problématiques qui se présentent sur le territoire ciblé : ville, quartier,… et en fonction de directives de santé publique au niveau national ou local. Par exemple, le public cible de la prévention VIH a été défini selon l'épidémiologie et la prévalence repérée chez certaines catégories touchées plus particulièrement par l'épidémie du VIH, et c'est donc vers ces personnes qu'il faut aller en priorité.

Historiquement, le travail de proximité / de rue a commencé à New-York, dans le Bronx où des gangs de jeunes s'affrontaient dans la rue et les travailleurs sociaux avaient du mal à les faire venir sur les lieux. Pour tenter de remédier à cela, on a alors créé des postes dits « détachés ». Qu'entend-on par « détaché » et quelle est la différence avec un poste fixe… ?

Selon le rapport anglais de l'ACMD publié en 1988[1] , le risque contaminant a été déterminant au niveau du VIH, de l'usage de drogues et de la création du travail de rue. En effet, ce rapport indiquait que l'usage de drogues était moins dangereux pour la santé individuelle et la santé publique que le risque de contamination au VIH, ce qui classait donc le VIH prioritaire sur l'usage de drogues en termes de risques infectieux. Un autre élément bénéfique pour les usagers a été la mise en place des directives recommandant de d'entrer en contact avec le maximum d'usagers de drogues possible pour éviter qu'ils se contaminent, d'où l'importance de la démarche « d'allers vers » pour ce public en particulier.

[1] AIDS and drugs misuse Report –Advisory Committee on the Misuse of Drugs – England, March 1988 –

Nous allons définir le public à partir d'un certain nombre de paramètres selon les actions. La santé publique en est un mais il est loin d'être le seul et le repérage de facteurs locaux est primordial : problèmes de quartier, tensions liées à des trafics par exemple.

Les besoins peuvent se définir en trois temps :

1. En fonction du public ciblé à partir des données épidémiologiques (identification du public particulièrement exposé tel que les UD)
2. En fonction des spécificités des données sociologiques, sanitaires, anthropologiques, légales, etc. sur un site particulier (identification de sites particulièrement caractérisés par l'usage et le trafic de produits psychoactifs, arrestations, troubles de l'ordre public, etc.)
3. En fonction des besoins collectifs et individuels des UD sur le site donné (accès au matériel de prévention, incidences de troubles liés à l'injection – abcès, overdoses, etc. – produit coupé ou inhabituellement fort sur le territoire….)

Ces besoins vont être identifiés à partir de recherches locales, de coopération avec différentes sources d'information, et surtout par les relations de confiance construites avec les usagers.

5. Préparation préalable du terrain

Une bonne préparation du terrain et fondamentale dans la mise en place d'une action de travail de rue. Une partie de ce travail comprend l'évaluation du public cible, de ses besoins et le territoire où l'action va se dérouler, thèmes traités dans le chapitre précédent.

Il convient alors d'appréhender le territoire identifié (la « rue ») comme une micro société, un monde à part avec ses éléments particuliers à prendre en compte.

Plus y a des personnes informées et partie prenante de votre action sur le territoire retenu, plus elle a de chances de réussir, et moins vous rencontrerez des obstacles à votre démarche. Au mieux, l'ensemble des acteurs sur le territoire deviennent des *partenaires locaux* de l'action, au moins, ils en sont informés.

Dans la formation incluse dans ce projet (cf. annexe 1), nous avons proposé la préparation d'une « carte locale », un dessin sur une feuille de papier, un paperboard ou tableau qui décrit les particularités du territoire retenu en termes d'usage, de lieux de deal, de services existants, ...

Il est recommandé de faire ses premiers pas sur le terrain avec des personnes UD, afin de mieux le connaitre et de se faire connaitre par les usagers.

Macro géographie

Il convient de se poser des questions en termes de territoire : où se trouve le territoire par rapport au reste de la ville : au centre, à l'extérieur ? Est-ce un territoire facile d'accès à pied, en voiture, en transports (entrées, issues..)? Y-a-t-il beaucoup de passage sur ce territoire ? S'agit-il d'un territoire discret ou ouvert ? S'agit-il d'un territoire qui favorise le transfert de produits avec discrétion et

rapidité ou pas ? L'usage de drogues peut-il se faire discrètement ou pas?

Micro géographie

Ces dernières questions nous amènent à étudier la géographie locale plus minutieusement. Observer les endroits ouverts et fermés sur ce micro territoire est utile dans la mesure où cela nous permet d'identifier là où le deal et la consommation de produits auront lieu.

A quel(s) moment(s) de la journée se déroulent les activités d'usage/de deal et dans quels lieux « cachés » ont-elles lieu: parcs, bosquets d'arbres, terrains de sport, parkings, abris de bus, couloirs et entrées de bâtiments (résidentiels / commerciaux), petites ruelles, allées et cul-de-sac, chantiers de construction ou de démolition, bâtiments vides (squattés), entrées et sorties de métro ? Y a-t-il, par exemple des bars ou bistrots où le deal et/ou l'usage ont lieu ? Cette analyse permet également d'identifier les lieux éclairés ou sombres, information essentielle dans le travail de réduction des risques avec les usagers injecteurs (s'injecter à la lumière / s'injecter à l'ombre ou dans le noir).

Enfin, ces mêmes endroits sont ils également des lieux de travail du sexe ?

Ces questions permettent aussi d'établir un itinéraire pour le travail de rue même si ce dernier évoluera avec le temps selon la migration des UD et le déplacement des lieux de deal.

Le monde du quartier

Qui investit le territoire ? Cette identification est primordiale car elle nous permet de repérer qui sont les partenaires incontournables localement, de l'action de travail de rue.

✓ Les Résidents

Qui *habite* sur le territoire ? Ce sont des personnes qui risquent de rencontrer le plus souvent l'activité de deal/usage/travail de sexe sur le territoire et sont donc, soit des potentiels partenaires d'une action sanitaire et sociale auprès des usagers de drogues, soit des potentiels objecteurs (freins) à l'action.

S'agit-t-il d'une population jeune, sénior, mixte ? Est-ce un quartier où il y a beaucoup d'enfants ? Où ces enfants jouent-ils? Sont ces lieux de jeux fréquentés par les UD ? Les bâtiments, halls, caves ou garages des résidences sont-ils également fréquentés par les UD ?

Il semble incontournable de prendre contact avec ces habitants, et ceci pour deux raisons :

- recueillir leurs observations et ressentis, ainsi que noter les problèmes rencontrés à travers l'activité liée à la drogue sur le territoire
- leur présenter l'action de travail de rue et les impliquer dans sa mise en place.

Bien évidemment ces informations vont aussi être discutées à un moment donné, avec les UD rencontrés sur le territoire dans l'objectif de faciliter l'entente entre ces derniers et les résidents.

✓ Les Commerces

Les commerces font partie intégrante de l'animation d'une micro géographie et sont également, soit des partenaires potentiels, soit des objecteurs de l'action de travail de rue auprès des UD.

Bien qu'il soit important d'impliquer autant de commerçants que possible dans l'action, certains commerces vont l'être probablement plus dans la vie des UD que d'autres ; ceci étant à vérifier sur chaque territoire concerné. Quelques exemples non exhaustifs :

- Les pharmacies
- Les épiceries et les lieux de vente d'alcool

- Les bars et les clubs de nuits

Pour ce qu'il est des **pharmacies**, ce sont des partenaires prisés des actions de travail de proximité sanitaire et social.

Ce travail avec les pharmacies et officines de proximité favorise la vente et/ou le don de matériel d'usage et de prévention (seringues, aiguilles, tampons alcoolisés, préservatifs masculins et féminins...) sur le site, des conseils, les orientations vers les lieux de soins d'urgence (soins des abcès par exemple), l'organisation locale des soins par substitution et sa délivrance, … Selon les lois en vigueur dans les différents pays, les officines peuvent ou pas refuser de vendre du matériel d'injection.

En France par exemple, certains pharmaciens invoquent leur code de déontologie pour refuser de vendre ce matériel, en avançant l'argument que cette vente représente une incitation à l'usage (cf. chapitre sur la réduction des risques et la législation).

Attention : il est cependant à noter qu'être la *seule* pharmacie sur un site donné à travailler positivement avec les UD est très complexe.

Les **épiceries et lieux de vente d'alcool** du site sont des lieux potentiels d'approvisionnement en denrées diverses : nourriture, serviettes hygiéniques, alcool, eau de javel, citrons ou vinaigre, préservatifs, briquets, ...souvent ouverts tôt le matin et tard le soir.

Concernant les **bars et les clubs de nuit** du site, là aussi une consommation importante d'alcool et drogues est à attendre, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Ce sont tous des potentiels partenaires de l'action de travail de proximité et la préparation du terrain devrait donc comprendre une présentation de l'action auprès de ces lieux et le développement de communication permettant une coopération en faveur des UD.

✓ Les Bâtiments Publics

Plusieurs pouvant se trouver potentiellement sur le site :

- Ecoles
- Mairie
- Bibliothèque
- Etablissements de soins
- Associations
- Lieux de culte
- Autres à identifier selon la particularité du site

Encore une fois, il est prudent de contacter tous ces lieux afin de présenter l'action, de recueillir des observations, et de solliciter le soutien et coopération de ces derniers.

✓ La Police

Une concertation et une coopération avec la police locale est essentielle. La police doit comprendre l'objectif sanitaire et social de l'action de travail de rue (sensibilisation ?) et de préférence laisser les intervenant(e)s faire ce travail sans interférence. A Nottingham en Angleterre, la police de proximité a été un partenaire important de l'action.

Il est évident que les UD risquent de ne pas faire confiance à l'équipe de rue s'ils soupçonnent une collaboration avec les instances de loi. Le projet de Nottingham (DAAT) en Angleterre a démontré une coopération entre services pour usagers, les travailleurs d'outreach et la police de proximité.

✓ Les usagers et usagères de drogues

Ce sont les premiers et ultimes partenaires de ce type d'action autant que le public cible. Du temps est nécessaire pour expliquer l'action, ses objectifs, être clair sur le niveau de coopération négociée avec les résidents, commerces, etc. du site.

Les usagers vont également être source d'observations utiles pour la préparation de l'action. Il faudra apprendre à connaître le territoire concerné, à en comprendre les codes et les interactions entre tous ces éléments dans l'ensemble du territoire.

L'équipe de rue fait aussi partie de cet ensemble, mais il ne s'agit pas, dans un travail de rue pur et dur, de s'adresser systématiquement aux commerces par exemple. Nous allons aller éventuellement les contacter si des problèmes ont été identifiés ou qu'une situation particulière le justifie mais il ne faut pas perdre de vue le public cible de l'outreach.

6. La sélection et la formation des intervenant(e)s d'Outreach

Avant que le service auprès des UD puisse être mis en œuvre, la question du recrutement des intervenant(e)s doit être abordée. Il est nécessaire de prévoir une fiche de poste/un cahier de charges explicites, identifiant les différentes activités de la mission ainsi qu'un profil complémentaire de la personne recherchée. Les attributs suivants peuvent être pertinents et importants :

L'expérience professionnelle

- ✓ Les travailleurs d'outreach doivent mener une intervention « informelle ». Durant leurs interventions ils et elles prennent connaissance de situations illégales et font l'objet de confidences qui pourraient compromettre certains codes professionnels de conduite. La connaissance de ces codes ainsi qu'une expérience préalable de travail dans un cadre spécifique peuvent être un atout pour ce genre de poste. Il faut savoir que ce type de métier offre peu de possibilités d'avancement professionnel. Entrer dans ce type de démarche peut représenter une « pause» dans l'évolution professionnelle et il a été suggéré que dans ce cas, l'intégration dans une équipe pluridisciplinaire peut soutenir l'avancée de la carrière professionnelle.

Les travailleurs pairs

- ✓ L'expérience a montré que les anciens et anciennes UD peuvent penser que leur histoire d'usage fait naturellement d'eux et d'elles des intervenant(e)s d'outreach. Or, sans d'autres compétences appropriées, l'histoire personnelle

d'usage peut être parfaitement inutile[2]. Il est important que la personne, notamment si elle est toujours en usage actif, soit soutenue afin d'éviter une entrée en relation avec les bénéficiaires qui pourrait mettre en danger la structure dans sa globalité. La prudence veut que les personnes anciennement UD aient une période soutenue d'abstinence avant de se lancer dans ce type de travail, cependant tout est bien-sûr négociable. La connaissance du site par la personne, fondée sur son histoire personnelle, peut être aussi bien positive que negative. Attention – on ne répare pas sa vie passée à travers ce type de travail. Les motivations des candidats et candidates sont donc à étudier avec attention, avant tout dans le souci de les préserver.

- ✓ Une supervision rapprochée peut favoriser une démarche professionnelle dans la prise et le maintien de contacts.

Genre

- ✓ Globalement le genre des travailleurs est sans grande importance si ce n'est qu'une étude[3] suggère que les intervenants hommes auraient un meilleur contact avec les UD femmes et les intervenantes femmes avec les UD hommes.

Qualités et compétences personnelles

- ✓ Deux éléments peuvent être considérés : les aptitudes et les compétences. Les aptitudes faisant référence aux aspects suivants : être capable de prendre des initiatives et de diriger; être souple ; travailler de manière autonome et en équipe ; être solide mentalement mais dans le non jugement. La

[2 &3]Risk of relapse- Friedmann et al. (1990) - Abdul Quader et al., (1992).

stabilité, la maturité et la créativité sont aussi des caractéristiques importantes. Enfin un élément crucial est le respect du public cible (Sittitrai 1990).

Concernant les compétences : capacités de communication ; sens de l'organisation ; capacité de rédaction ; capacité de développer et maintenir un réseau ; et de préférence quelques connaissances des services et structures sanitaires et sociaux.

La formation

La formation est incontournable pour offrir un service de travail d'outreach de qualité et en sécurité. Elle doit comprendre :

- Une instruction spécifique au profil du poste
- Des sorties supervisées
- La connaissance des services et structures locaux
- Comment identifier et aborder le public cible
- Où et comment distribuer du matériel de prévention
- Comment présenter le service, ses objectifs, et instaurer la confiance
- Comment gérer les demandes d'argent
- Comment gérer les offres de drogues ou de sexe
- Comment gérer les situations potentielles de danger
- Comment manager les agents de police sur le lieu d'intervention
- Comment gérer les questions de bases sur la sécurité quand elles se présentent
- Réfléchir sur les questions d'égalité et de diversité – travailler avec les publics minoritaires et vulnérables
- Posture et position en travail d'outreach
- Le travail en binôme
- Les limites du travail d'outreach – attentes, marges de manœuvre, limites intransgressibles.

Peuvent être ajoutés à cette formation :

- VIH, hépatites virales et IST
- Transmission et prévention
- Comportements à risques de transmission
- Diagnostic et soins
- Traitements d'urgence
- La sexualité
- Le travail de sexe
- Les caractéristiques et l'environnement naturel du public cible
- Injection à moindre risque
- Réduction des dommages
- Counselling – relation d'aide
- Autres

7. S’engager / se désengager dans le travail de rue

Une fois le territoire et les enjeux identifiés, dans la pratique de l’aller vers, comment approche-t-on les personnes?

En premier lieu, et en référence à l’article premier de la déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen, traiter la personne avec dignité doit rester présent à notre esprit à tout moment.

Aller vers c’est d’abord créer du lien, mais c’est aussi travailler au rythme de la personne et respecter son ordre du jour. L’outreach c’est donc construire du lien en étant conscient que cela prend du temps. Notre société nous pousse à agir dans l’urgence mais établir une relation de confiance ne peut en aucun cas se faire dans l’urgence, d’autant plus si il existe un antécédent de conflit relationnel ou de défiance.

Lorsque l’on travaille avec les usagers de drogues, il y a des endroits où il est recommandé de ne pas aller seul et il est préférable de se faire accompagner d’abord par quelqu’un qui connaît le site et ses codes, une personne usagère notamment.

Une formation préalable sur la posture à adopter est essentielle, même si cela peut paraître naturel, il est utile d’avoir des outils pour pouvoir négocier ou se désengager d’une situation car le stress, la peur peuvent conduire à des réactions irrationnelles qui peuvent mettre les intervenant(e)s en danger.

S’engager dans une situation sans y être préparé, sans avoir des stratégies d’issue au cas où celle-ci prendrait une mauvaise tournure peut constituer un risque pour les travailleurs de rue et les mettre dans une posture professionnelle compliquée qui peut mettre en jeu le cadre et l’éthique de travail. Ainsi il est fondamental d’avoir des outils pour désamorcer au maximum les tensions qui peuvent apparaître et se mettre en sécurité (cf chapitre suivant).

La souplesse et l'adaptabilité sont des aptitudes essentielles dans un travail où rien n'est jamais acquis. Ce qui se passait hier ne sera pas obligatoirement ce qui se passe aujourd'hui et ce qui se passera demain ; c'est donc un travail de longue haleine où le contexte en lui-même, c'est-à-dire la rue, rend la situation très mouvante.

Le travail en binôme facilite la notion d'engagement et de désengagement. Il est important d'apprendre à déchiffrer les codes de la rue, et se rappeler que lorsque nous allons vers, nous allons aussi sur le territoire des PUD et non sur le nôtre, et que nous pouvons ne pas y être les bienvenus. Les codes et les règles de conduite ne sont pas les mêmes que dans un centre d'accueil.

Savoir s'intégrer au milieu ambiant, sans pour autant en faire partie, est un exercice qui nécessite une vigilance constante. Ne pas s'engager lorsque du « business » semble en cours est plus que conseillé. De même que ne pas intervenir en situation de violence ou de conflit, surtout lorsqu'on ne maitrise pas les tenants et aboutissants. Les personnes concernées savent nous donner des signes quant à l'opportunité d'engager l'intervention.

Même accompagné d'une personne concernée, l'intervention nécessitera vraisemblablement plusieurs « maraudes » (sorties), avant de pouvoir établir des contacts tranquillement. Il est donc nécessaire de se préparer à faire des sorties qui dans un premier temps paraitront infructueuses, plutôt que d'essayer de forcer le contact.

Par ailleurs, la notion de désengagement doit elle aussi être préparée durant les briefings. Il est important que les intervenant(e)s aient des codes propres qui leur permettent de comprendre rapidement si une situation se dégrade et qu'il est préférable de partir.

Cette préparation signifie une réflexion préalable sur des stratégies de désengagement. En effet, il ne s'agit pas de s'affoler et de partir

sans demander son reste, le désengagement doit être amené de façon à ne pas aggraver une situation ou provoquer colère et frustration. Si le ton monte, il est important de ne pas se laisser prendre à l'escalade et rester dans une modération constante du ton en réponse, jusqu'au départ. Le langage corporel est tout aussi crucial, il est nécessaire d'avoir une posture qui n'inspire pas l'agression ou une notion d'invasion de l'espace vitale de la personne ; de même, des gestes brusques ou soudains peuvent être catalyseurs d'une situation difficile.

La posture des intervenant(e)s au moment du désengagement se doit d'être sereine. Elle ne doit pas apparaître comme une coupure, mais une fin d'intervention, qui sera reprise lors de la prochaine sortie.

8. Sécurité au travail et stratégies de soutien

La question de la sécurité dans la prestation d'outreach – allers vers – est primordiale. La qualité de nos interventions dépend de notre considération de la sécurité des intervenant(e)s, l'organisme pour lequel ils et elles travaillent, et celle des bénéficiaires. Il est utile de faire référence aux politiques nationales et locales dans les pays concernés à ce sujet.

Dans tous les cas, il est *hautement* recommandé que ce travail se fasse en binôme. Les questions de sécurité étant d'autant plus pertinentes si la personne travaille seule.

Questions pour les intervenant(e)s d'Outreach

- ✓ Evaluer et réduire les risques notamment pour les personnes intervenant seules

Le management du travail d'outreach doit considérer différents paramètres avant de le mettre en œuvre :

- Les conditions de travail : normales, anormales ou hasardeuses, insalubres, isolées, sombres,… sont souvent les caractéristiques du travail d'outreach.
- Certains aspects spécifiques de l'activité : apport d'ordonnances ou médicaments (notamment les produits contrôlés de substitution par exemple), l'annonce de « mauvaises nouvelles » (la personne a-t'elle reçu une formation dans l'annonce d'informations sensibles, pouvant entraîner des situations potentiellement explosives ?).
- Le potentiel accru de violence lié à l'usage d'alcool, au mésusage de drogues en lien avec la situation clinique de l'UD, le risque d'agressivité de ses proches
- Le déplacement entre différents lieux d'intervention
- Le port de matériel rendant les intervenant(e)s exposé(e)s au vol ou moins aptes à se protéger

- La capacité des intervenants(e)s à assurer le travail : manque d'expérience, grossesse en cours, handicap,…
- Une formation doit impérativement être dispensée concernant tout le matériel porté en travail d'outreach
- Plus globalement une évaluation des besoins en matière de formation doit être menée permettant d'identifier qui doit recevoir une formation en priorité, sur quels thèmes, et enfin, le rythme de sessions de formation continue.

Communication sur les activités potentiellement à risque

- ✓ Tenir un cahier précisant les éventuelles situations à risque et des incidents vécus ou pressentis. Ce cahier devrait contenir des informations sur les lieux et les personnes susceptibles d'être visités, où un risque serait envisageable
- ✓ Le chef de service doit être informé si les intervenant(e)s ont l'intention de visiter les personnes ou des lieux identifiés dans le cahier
- ✓ S'assurer que la personne/les personnes ont reçu une formation adéquate pour mener des interventions de qualité (sécurité personnelle, gestion du conflit, annonce d'informations sensibles...)
- ✓ S'assurer que les intervenant(e)s ont bien compris la priorité de la *sécurité personnelle* avant tout (cf. National Health System « The Lone Worker »)

Rester en sécurité pendant l'intervention

- ✓ Reconnaître les signes de danger :
- Les UD sous l'influence d'alcool, mélangé à d'autres produits
- La présence d'animaux (notamment de chien)
- D'autres facteurs inconnus, groupes etc.

Etre vigilant(e) et surveiller ces signes permettra aux intervenant(e)s (seul(e)s ou en binôme) d'évaluer tous les faits, évaluer le risque, et décider quelle démarche sera pertinente (continuer, se retirer...)

A aucun moment les intervenant(e)s (seul(e)s ou en binôme) ne doivent se mettre eux et elles mêmes, ni les bénéficiaires, à risque ou en danger. Si un membre du binôme a des doutes sur la situation, c'est ce sentiment qui doit prévaloir, et le retrait est préférable.

Bien évidemment il est impossible de tout prévoir mais il est tout de même utile d'établir des références et des stratégies préalables afin de réduire les risques :

Points de contacts

- S'assurer que l'encadrement est au courant des déplacements lors de l'intervention
- Mettre à disposition des adresses s'il y a visite « à domicile »
- Mettre à disposition des numéros de téléphone si connus
- Travailler en partenariat avec les autres structures afin de mettre en place un « filet de secours » en cas de besoin (encore une bonne raison de travailler en réseau !)

Communication avec son équipe

- Informer sur les heures de départ et d'arrivée
- Informer sur les visites prévues (adresses, téléphones)
- Laisser le cahier à disposition (tout en respectant la confidentialité)
- S'assurer que, à la base, les numéros de la police, les pompiers, la direction et enfin des proches des intervenant(e)s soient à portée de main (en cas d'incident). Une personne peut être désignée à chaque sortie pour détenir ces informations et être contactée en cas de besoin (penser à la remplacer pendant les absences, les congés etc.). ***Cette personne doit impérativement être contactée par les travailleurs d'outreach en fin de service.***
- Les détails du véhicule utilisé doivent être également à portée de main (immatriculation, modèle, couleur...)

- Rester en contact avec les collègues surtout en cas de retard ou annulation d'un rendez-vous.

Moyens de communication et autre équipement

- Prévoir un téléphone portable ou d'autres outils pour les travailleurs seuls (bipeur etc.)
- Assurer la maintenance des équipements (téléphone, véhicule...)
- D'autres équipements pourraient être utiles : lampe torche (piles de rechange), plan du quartier, trousse de premier secours, et enfin une liste de numéros de téléphones d'urgence...

En cas de doute

S'il a y doute par rapport à la sécurité des intervenant(e)s, il est nécessaire de réagir rapidement une fois que tous les éléments disponibles ont été considérés :

- Tacher de contacter l'intervenant(e) si il ou elle n'a pas pris contact dans un délai raisonnable
- Si la police est contactée il faut donner accès à toute information disponible afin d'évaluer le risque potentiel et faciliter la recherche
- Selon les pays, informer les registres de risque des corporations et des assurances

Il est essentiel que les dispositions de contact et de communication soient respectées. Souvent les procédures rencontrent l'échec tout simplement car le personnel oublie d'appeler en fin de mission pour signaler que tout va bien!

Les « à faire » et « à ne pas faire » du travail d'outreach

A faire sans faute:

- Porter une pièce d'identité sur soi
- Se présenter aux structures et services locaux
- Communiquer sur les cadres et les limites de son intervention
- Assurer la confidentialité
- Respecter le choix des UD à consommer ou pas et à rencontrer ou pas l'équipe d'outreach
- Respecter le choix des UD de ne pas participer à l'action sans éviter de rester en contact
- S'assurer que l'UD comprend la notion de consentement éclairé dans le contexte professionnel
- Lors des conversations avec les UD, écouter attentivement sans interruptions superflues, avec empathie et intérêt
- Adopter une approche conviviale, sans jugement, sans critique et sans directivité
- Tenir au courant les collègues de ses mouvements
- Consulter son superviseur/management/personne de contact en situations de doute ou de difficulté
- Travailler en binôme
- Offrir tout aide raisonnable lorsque nécessaire
- Maintenir des relations avec la police et établir les règlements de base (essayer de négocier une position de non interférence pendant l'intervention si possible)
- Garder en tête le pouvoir des médias
- Maintenir le soutien des collègues en traitement par rapport à l'usage

A ne jamais faire:

- Consommer des drogues illicites ou boire de l'alcool lors de l'intervention
- S'engager dans les activités ou comportements qui pourraient menacer votre emploi
- Acheter ou recevoir des drogues
- Essayer de protéger l'UD des forces de police si un crime a été commis
- Acheter ou recevoir des objets de valeur des UD
- Acheter ou accepter des services sexuels
- Demander ou écouter des informations concernant le trafic (en dehors du besoin de situer des lieux d'intervention)
- Avoir des relations sociales avec les bénéficiaires, surtout ceux et celles qui ont des produits illicites sur eux/elles
- Recevoir, porter ou confisquer des armes
- Donner d'argent directement aux personnes rencontrées lors de l'intervention
- Briser la confidentialité des personnes rencontrées

9. Monitoring et évaluation dynamiques de travail d'outreach

Ce processus évaluation est qualifié de « dynamique » dans le sens qu'il se fait en continu durant l'action, et permet ainsi des modifications en cours de route, afin d'adapter l'action selon les besoins observés (ceux des intervenant(e)s et bénéficiaires) et les informations recueillies auprès des UD et les partenaires du réseau.

Il est important d'être attentif à cet analyse en continue. Trop souvent le statut des intervenant(e)s d'outreach est peu reconnu ainsi que leur travail ainsi il est utile de se demander si le travail « d'aller vers » figure sur l'ordre du jour des réunions d'équipe, des cadres, des conseils d'administration,… L'évaluation continue permet la connaissance et la reconnaissance de ce travail mené en particulier.

L'isolement, et les enjeux de confidentialité dans des lieux plus au moins publics, peuvent prêter à la rétention d'informations essentielles au monitoring et à l'évaluation. Particulièrement quand on considère que cette intervention peut être perçue par les UD comme une interférence et donc non désirée. Ce manque de traces empêche de connaître, non seulement le travail fait, mais également comment les différentes personnes concernées l'ont vécu, autant par rapport aux difficultés qu'aux aspects positifs, les approches facilitantes, etc. L'évaluation dynamique permet également d'identifier de nouveaux besoins de formation, ainsi que l'évolution des profils des intervenant(e)s.

De surcroit, ils et elles travaillent de façon relativement isolé(e)s ce qui, faute de vigilance, favorise la perte de données pour l'évaluation et analyse.

La situation des UD rencontrés peut pousser l'intervenant(e) à agir dans l'urgence alors que, la plupart du temps, il n'y a pas d'urgence.

Hormis bien-sûr les urgences médicales, la majeure partie de ce travail est de longue durée, de longue haleine.

Ceci rappelle l'importance du cadre (cf. chapitre 10), cadre qui idéalement empêche les intervenant(e)s de se disperser, de s'user, de tomber dans les pièges multiples du travail d'outreach, et qui pose des limites, qui favorise la communication sur l'activité, et ainsi la possibilité de l'évaluer en continu. L'évaluation dynamique permet d'analyser la pertinence du cadre et de le modifier si besoin au fur et à mesure.

Le cadre doit être à la fois solide et souple, permettant aux offres faites en travail d'outreach de s'adapter en fonction des évolutions des UD et de leurs usages.

L'essentiel des choses observées va relever des pratiques des UD. En effet, c'est la mise en œuvre de la réduction des risques qui a poussé à la réorientation des interventions auprès des UD pour s'intéresser à leurs pratiques et comportements. Cette évaluation va permettre d'identifier les besoins émergents de matériel de prévention : plus de diversité et de quantité en matière de seringues selon les produits en circulation par exemple.

Plateformes et outils de monitoring et d'évaluation continue

Les plateformes et outils doivent servir à :

- Communiquer sur l'activité
- Exprimer son vécu de l'activité
- Laisser des traces de l'activité
- Permettre d'identifier les besoins d'adaptation et d'évolution de l'activité
- Permettre d'identifier les besoins d'adaptation des personnes sur le terrain et des besoins de soutien et formation
- Permettre de garder des traces lors des incidents particuliers ou graves

- Permettre la rédaction des bilans de l'activité (et éventuellement reconduire et réorienter l'action)

✓ **Briefing** – une rencontre pour faire le point *avant* de sortir sur le terrain. Il s'agit d'un moment pour se mettre « en phase » dans son rôle de travailleur d'outreach, de se remémorer les éléments notés lors de la dernière sortie, d'autres décisions ou stratégies discutées en équipe...en bref se préparer pour mener à bien sa mission.

✓ **Débriefing** – cette rencontre a lieu en fin d'intervention et permet de sortir de son « rôle » d'intervenant(e) d'outreach et reprendre sa place d'individu « non professionnel », et clôturer la session de travail. Il se déroule, soit entre les intervenant(e)s d'outreach, soit avec un collègue de l'équipe, en face à face ou par téléphone. Il s'agit d'un moment qui marque la transition vers la fin de l'intervention, permet de prendre du recul, d'exprimer des émotions fortes ou des idées, les difficultés et mais aussi les moments qui se sont très bien passés. Il s'agit de « vider la cocotte minute». Le fait d'en parler facilite également la mémorisation des éléments qui seront transcrits dans les fiches contacts, le cahier d'incidents, et partagés en réunion d'équipe, supervision, ...

✓ **Les réunions d'équipe/de synthèse** – essentielles pour que le travail d'outreach (isolé, à part, en-dehors) soit intégré à l'activité globale de l'équipe/la structure. Le travail d'outreach doit être *compris* par les autres disciplines et services en interne et le lien doit être fait entre l'équipe « à la base » (la structure) et celle dehors. Les réunions en équipe et avec l'encadrement permettent aussi que certaines décisions soient prises ensemble, des stratégies élaborées et validées, et lorsque cela est nécessaire, que les cadres prennent le relais (communications de stratégie avec financeurs ou la police par exemple).

✓ **La supervision** – il existe deux types de supervision - individuelle et collective. Les deux plateformes ont pour but essentiel de permettre aux intervenant(e)s d'outreach de parler, de s'exprimer sur leur travail, de se recentrer, de se remettre en question et d'évoluer professionnellement et personnellement.

La supervision peut être animée par une personne cadre de l'équipe ou une personne venant de l'extérieur. Il y a des arguments pour et contre chaque démarche et la méthodologie doit être négociée au sein des équipes en fonction, entre autres, des moyens disponibles.

Dans tous les cas, la supervision permet la validation de son travail dehors. Si cette validation ne vient pas de la structure employeuse il y a danger que l'employé(e) aille la chercher auprès des UD, ce qui risque, presque inévitablement, de l'amener à sortir du cadre (sachant qu'on doit « porter » le cadre avec soi quand on est dehors), se mettre en danger ainsi que les autres, s'engager dans des démarches qui en fin de compte ne sont pas réalisables, voire perdre son emploi. Il en va de la responsabilité de l'encadrement (chef de service/responsable d'équipe) et de la direction d'assurer le cadre contenant et la protection des travailleurs d'outreach.

La supervision en équipe permet de développer le travail d'équipe et des stratégies et pratiques communes et complémentaires. Il s'agit d'un moment où les intervenant(e)s peuvent identifier le débordement, l'incapacité de faire face à certaines situations et à certains moments, pouvoir *passer le relais*.

La supervision individuelle favorise une réflexion sur soi dans son rôle et sa fonction, et permet de valoriser ce qui se passe bien pour soi sur le terrain ainsi que de réfléchir à ce qui se

passe moins bien ou mal, en identifier peut-être les raisons et élaborer des stratégies. Ces démarches peuvent s'inscrire soit dans des temps de formation, soit dans le cadre d'un soutien/thérapie personnels.

N'oublions pas que le travail d'outreach se passe sur un territoire qui n'est pas le notre, nous amène à rencontrer, bien souvent, des personnes qui vont mal, et de témoigner d'états de santé très compromis (notamment parmi les UD les plus « abîmés », les UD malades etc.).

Il est inévitable que les intervenant(e)s soient touché(e)s par ces témoignages, démoralisé(e)s ou en colère (malgré nos tentatives de non directivité et nos aspirations humbles).

Par exemple, l'usager qui semble « s'en sortir », qui rechute et se retrouve dans le rue, en colère, humilié, qui ne veut plus s'adresser à nous, ou bien la personne UD qui partage son matériel sachant qu'elle est séropositive. Ce sont des situations qui peuvent provoquer des émotions fortes, qui, si elles ne sont pas exprimées/traitées, peuvent amener à des écarts difficiles voire dangereux.

Il faut toujours garder en tête que le travail d'outreach - d'aller vers, ne va pas changer le monde !!

- ✓ **Fiches contact** – pour protéger l'identité et la confidentialité des contacts ces fiches doivent porter des codes d'identification ou des initiales. Elles permettent d'établir une trace des rencontres et de leurs contenus, les particularités des sorties, des observations sur la santé des personnes, les particularités de certains lieux etc. Elles sont remplies après le débriefing ou au plus tard le lendemain.

- ✓ **Cahier d'incidents** – ce cahier est important afin de laisser des écrits concernant les incidents graves pressentis (menaces par

exemple) ou rencontrés (violences, témoignages mettant en difficulté sa posture professionnelle, accidents, etc.) lors des interventions.

Il peut être précieux en cas de litiges juridiques ou d'appel à témoignages et peut également servir de témoin en cas d'accidents au travail et accès aux droits. Ce cahier sert enfin à éviter l'isolement des intervenant(e)s et assurer que l'équipe et les cadres surtout soutiennent leurs collègues ainsi que s'approprient en tant que structure les incidents rencontrés.

- ✓ **Les rencontres et communication en réseau** – il s'agit d'un investissement important car les partenaires du réseau (dont plusieurs vont aussi mener des actions de travail d'aller vers des publics ciblés) vont échanger des informations permettant à tout un chacun de réorienter et adapter ses actions (par exemple un partenaire qui tourne à 10h le matin va peut-être rencontrer des UD sur un lieu que vous ne voyez pas à 18h le soir).

A travers ces différents plateformes et outils d'analyse et d'évaluation continue les adaptations sont visibles et les stratégies peuvent être mises en place afin d'évoluer avec. De surcroit, en fin d'action ou au moment du bilan (annuel, final) les équipes posséderont dores et déjà tous les éléments nécessaires pour rédiger et communiquer sur l'ensemble du projet.

10. Finir le travail de rue, analyse du processus, et identification des besoins à venir

Cette évaluation arrive en fin de l'ensemble de l'action a lieu avec du recul, et à partir de toutes les informations recueillies pendant sa durée, à travers les plateformes et outils créés et utilisés. Chaque projet a un début et une fin et l'analyse finale va en retracer le parcours. Elle va permettre d'identifier les activités menées au cours du projet, le public rencontré, les problématiques, les objectifs atteints ou non et les hypothèses de ce décalage, et enfin les orientations à venir si toutefois l'action est reconduite.

Eléments d'aide à l'analyse

1. Pourquoi s'engager dans un projet d'outreach au départ ? Quelles sont les données qui ont poussé la structure à mettre en place ce type d'action ?
2. Quelles études de terrain on été faites pour fixer les sites d'intervention ?
3. Quelle procédure d'évaluation des besoins a été effectuée préalablement et avec quels partenaires ?
4. Quels objectifs ont été posés en début de l'action (nombre de contacts, actions de RdR..) ?
5. Auprès de qui a-t-on déposé des demandes de financement pour mener à bien l'action ?
6. De quelle manière a été effectuée la sélection du personnel pour mener à bien cette action (en interne, appel à candidature…)?
7. Quels sont les cahiers de charges et des fiches de poste retenus?
8. Quelles formations ont été mises en place pour le personnel concerné ?
9. Quelles plateformes de travail dans la structure ont intégré le nouveau service ?

10. Quels outils de suivi dynamique ont été élaborés ? Sont-ils fonctionnels et adaptés ?
11. Quel investissement en termes de moyens (téléphones, véhicule etc.) ?
12. Quelles mesures ont été élaborées en termes de sécurité au travail ?
13. Quel est le profil des sites ?
14. Quel est le profil des UD sur ces sites, quelles problématiques ?
15. Quels horaires, quels sites retenus au départ et pourquoi ?
16. Quels investissement préalable sur les sites (résidents, commerces, etc.) ?
17. Quel a été accueil de l'équipe d'outreach dans un premiers temps ?
18. Quels ont été les problèmes rencontrés ?
19. Quelles stratégies d'adaptation ont été adoptées après les premiers constats et pourquoi ?
20. Quelles stratégies d'adaptation de l'action ont été adoptées par la suite, à quel moment et pourquoi ?
21. En fin d'action / d'année quels objectifs de départ ont été atteints, avec quels partenaires ?
22. Quels objectifs n'ont pas été atteints et pourquoi ?
23. Quels seront les recommandations pour la suite de l'action ?
24. Conclusion.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais a plutôt vocation à donner des pistes quant à l'évaluation finale, ou annuelle. Les questions posées devraient pour certaines avoir une réponse dès la mise en place du projet. Pour d'autres, si les données ont bien été enregistrées au fur et à mesure du travail, les réponses apparaitront au moment d'un bilan/évaluation (d'où l'intérêt de bien garder les données recueillies lors des interventions).

Conclusion

En conclusion, nous dirons que si la démarche d'outreach / d'aller vers a largement démontré son efficacité, elle nécessite une préparation solide et un suivi constant.

L'aller vers parait une évidence, or, comme nous l'avons vu, cette démarche peut être semée d'embuches potentielles, et aller à l'échec si elle est menée sans réflexion. Les aspects concernant les motivations de l'intervention, la localisation géographique, le type de publics et les objectifs se doivent d'être aussi clairs que possible, même quand nous ne pouvons pas tout prévoir ou envisager.

La sélection des intervenant(e)s, la formation, supervision sont des éléments cruciaux dans le processus de mise en place et d'exécution.

Par ailleurs, certains éléments de formation pourraient être utilisés en vue de sensibiliser différents corps de métier, amenés à intervenir dans la rue et rencontrer les publics cibles. Ces sensibilisations permettraient aux personnels concernés de savoir gérer des situations où ils/elles peuvent être interpelés par ces publics et pouvoir se désengager plus facilement, ou le cas échéant, donner des informations quant à qui ces publics peuvent s'adresser.

La question de l'usage de drogues n'a pas disparu, mais il y a eu des changements significatifs dans la façon dont la politique publique s'est adaptée, passant d'une approche uniquement répressive à une approche permettant de prendre en compte la personne dans son comportement problématique. Les conséquences néfastes de l'usage de drogues ont été visiblement réduites, tout comme celles liées plus largement au crime et à la santé publique, au travers de pratiques de travail proactives (dynamiques) et coopératives.

Si les problèmes liés à l'usage par voie intraveineuse persistent, il est aujourd'hui reconnu que les pratiques d'usage évoluent. L'usage de psychostimulants (crack, cocaïne, amphétamines,…) surtout lorsqu'ils sont associés à l'usage d'alcool, les médicaments prescrits ainsi que d'autres produits, sont aujourd'hui une source grandissante de préoccupation obligeant déjà les services à s'adapter afin de répondre à ces nouveaux besoins.

Ce projet a rassemblé des municipalités européennes impliquées sur les questions d'usage de drogues mais dont le contexte politique et les moyens d'action diffèrent.

Cependant le constat commun issu de ce travail est que les politiques légales et financières doivent évoluer de la même manière afin de soutenir les principes fondamentaux à la base du développement effectif de la réduction des risques :

- comprendre que l'usage de drogues a un impact sur tous les services et communautés ;
- développer des données de qualité qui permettent d'identifier les besoins et conséquences sur un spectre plus large – et pas uniquement sur la santé ou le crime;
- adopter des mesures dynamiques et favoriser le développement de nouvelles initiatives, et d'apprécier qu'à travers cette démarche le changement vers le mieux est toujours possible.

Bibliographie et références

- ✓ **A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use**
  Hunt N. - International Journal of Drug Policy (IJDP)- **(**2007)
  http://www.ihra.net/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf

- ✓ **Client-centered Therapy**
  Rogers C. - Boston: Houghton Mifflin, (1951).

- ✓ **Drogues et substitution: Traitements et prise en charge du sujet Chapitre 9.1.3**
  Par J-P. Jacques, C. Figiel, Bruxelles –Ed. De Boeck (2006)

- ✓ **Drugs and crime: pharmacology. Necessity, deviance and the drug markets**
  Criminal Justice Matters - Mott, J (1993).

- ✓ **Drug Policies and Harms: A Conceptual Framework.**
  Longshore D, Reuter P, Derks J, Grapendaal M, Ebener P - *E*ur Addict Res (1998*)*

- ✓ **Drugs; Protecting our families and communities**,
  HMSO UK Government (2008)

- ✓ **Evaluating Outreach Services**
  The Effective Interventions Unit, Edinburgh Scotland
  Evaluation - Guide 8 (2005)
  http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu

- ✓ **Guidelines for the Evaluation of Outreach Work: a manual for outreach practitioners**
  Insights No. 2 Lisbon, EMCDDA (2001).

- ✓ **“Harm Reduction Journal”**
  April 2009
  http://www.harmreductionjournal.com/content/6/1/16*

- ✓ **Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners.**
  Rollnick, S., Mason, P., Butler, C. (1995**).** London: Churchill Livingstone.

- ✓ **Heroin use and crime**.
  Mott, J. In D. Whynes & P. Bean (eds), Policing and Prescribing (1991)

- ✓ **Le travail de proximité auprès des usagers de drogues : comparaisons européennes**
  C. Mougin – CESAMES- (CNRS-INSERM-Paris V, 2005)

- ✓ **Living with Heroin: the impact of a drugs epidemic on an English community.**
  Parker, H, Bakx, K & Newcombe, R (1988**)**

- ✓ **Management of Outreach working**
  Safety at Work Regulations (1999) and the Health and Safety Executive’s *Five- Steps to risk assessment* at www.hse.gov.uk/risk/fivesteps.htm)
  (UK. Management of Health and Safety)

- ✓ **Outreach work among drug users in Europe**
  Report- EMCDDA (1999)

- ✓ **Volatile substance abuse among young people in Poland**
  Rapport - Conseil de l'Europe; GROUPE POMPIDOU; R. IVES (1996)

- ✓ **OUTREACH WORK among marginalized populations in Europe**
  Guidelines on providing integrated outreach services (2007)

- ✓ **Outreach work with drug users: principles and practice**
  World Health Organization (1988)

- ✓ **POSHH "Improving safety for lone workers online leaflets"**
  NHS Employers (2010)
  www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/StaffHealthAndWell-Being/Pages/POSHHViolenceandAggressionWorkingGroup.aspx

- ✓ **Reducing risk-taking behaviour amongst young drug users in South Asia**
  UNODC (2005)
  http://www.unodc.org/pdf/india/publications/Drug_Users_in_SAsia-Training_of_Peer_Vs/04_reducingrisktakingbehaviouramongyoungdrugusers.pdf

- ✓ **Risk-takers: alcohol, drugs, sex and youth.**
  Plant, M & Plant, M (1992).

- ✓ **Seeing More Drug Users: Outreach Work and Beyond**
  Manchester, Lifeline Project. Yates, R. and Gilman, M. (1990)

- ✓ **Tackling Drugs Together**,
  HMSO UK Government (1995)

- ✓ **The Conflict Management Model**
  The Police Visual Handbook (1997-2010)

- ✓ **The Mersey Harm-Reduction Model: A Strategy for Dealing with Drug Users," given by Russell Newcombe and Allan Parry at the International Conference on Drug Policy Reform**
  Advisory Council on the Misuse of Drugs – England (1988)

- ✓ **The NIDA Community-Based Outreach Model**National Institute on Drug Abuse – R. H. Needle, Ph.D et al (2000)

- ✓ **The reduction of drug-related harm: a conceptual framework for theory, practice and research.**
  In P. O'Hare et al. (Eds). Newcombe, R (1992).

- ✓ **Trainer's Guide for Outreach Worker Safety Trainers**
  Overview and Guide to the Outreach Worker Safety Trainer's Binder of Training Materials, and Methods
  L F Martin, W W Greaves, J Schultz. August, 2007
  www.mcw.edu/outreachsafetytraining.

- ✓ **What should we be looking for in Outreach Workers**
  R. Pates and V. Blake
  http://www.drugtext.org/library/articles/92335.html

ANNEXE I

Proposition de formation des formateurs au travail d'Outreach « Aller Vers »

Objectifs de la formation

Le programme propose a pour but d'atteindre deux objectifs principaux:

1. Proposer aux formateurs un module de formation à des travailleurs de rue dans le champ de la réduction des risques et de la promotion de la santé des usagers de drogue.
2. Développer ensemble des notions de bonne pratique qui contribueront à la création du Manuel : Travail de rue et bonnes pratiques, ouvrage écrit collectivement par les pays participant au projet. Dans cette perspective, une boîte sera placée dans la salle de formation et à chaque fois qu'une proposition relative au Manuel sera émise, elle sera notée et placée dans la boîte.

Méthodologie de formation

Cette session de quatre journées propose différents ateliers relatifs aux divers aspects de la pratique de formation et du travail de rue.

Chaque atelier concernera un aspect particulier de la formation en lien avec le travail de rue, proposera des exercices pratiques et permettra de les tester. ACCES utilise habituellement l'apprentissage par l'expérience comme méthode de travail, la formation étant largement interactive et ayant pour objectif de faire émerger les connaissances et expériences existant déjà dans le groupe.

Les participants seront invités à contribuer activement aux ateliers, en prenant part aux exercices et en donnant un retour sur ces exercices avec l'objectif de créer des pratiques communes de formation efficaces et attrayantes.

Une évaluation écrite de la formation sera proposée à la fin de la semaine qui permettra une discussion sur l'utilité d'évaluer la session, les objectifs de cet exercice et les différentes méthodes (écrite, orale).

Equipe de formation

Formateur:

M. Eric Schneider, co-directeur d'ACCES et formateur - diplôme universitaire, Drogues et VIH, option direction, Université d' Oxford

Support de formation:

Mme Jacqui Schneider-Harris, co-directrice d'ACCES, counsellor et formatrice - Préparation du programme et élaboration des supports d'évaluation

Mlle Amandine Akouka'- Organisation de la formation, gestion administrative du projet.

Matériel requis pour la formation:

- Paperboard
- Des stylos et feutres
- Visuels des artères et du système veineux
- Plusieurs kits d'injections
- Garrots
- Pâte collante/ scotch

Jour 1

Session “Ouvrir une session de formation”

Cet atelier ouvre la session de formation et permet d’explorer l’importance de la manière d’ouvrir une formation. Cette étape est primordiale et déterminera la qualité générale de la formation, elle mérite donc qu’on lui accorde du temps.

Le succès d’une formation dépend notamment de la confiance que les participants mettent dans le(s) formateur(s) et de la création d’une dynamique de groupe qui permet de mettre en place et de partager cette confiance.

Il sera demandé aux participants de noter les façons d’ouvrir une session afin de pouvoir en discuter par la suite.

- Accueil
- Présentation du formateur
- Présentation du programme et des objectifs
- Présentation du lieu de formation et des commodités
- Négociation du contexte de confidentialité de la formation en lien avec des détails personnels que les participants pourraient choisir de partager
- Règle de partage du temps de parole, de respect des sentiments exprimés, de désaccord avec les idées et non avec les personnes

Discussion autour du processus de la session d’ouverture

Session “Présenter les participants et récolter leurs attentes quant à la formation“

Il est important de commencer la formation par une présentation des participants et est utile aux formateurs d’avoir une idée de leurs attentes. Cela constitue également une phase primordiale de l’ouverture de la formation. Suite à cette présentation, le formateur aura l’opportunité de commenter l’adéquation potentielle entre les attentes des participants et le programme proposé et ainsi permettre au formateur d’ajuster certains aspects si cela lui semble nécessaire.

Exercice - Présentation croisée

Le groupe se sépare en binôme (si le nombre de participants est impair, le formateur prendra part à l’exercice). Chaque personne a cinq minutes pour se présenter à son partenaire, précisant notamment pourquoi il s’intéresse au travail de rue et ce qu’il espère trouver dans cette formation. Le groupe se remet autour de la table et chaque personne présente son partenaire. Le formateur demandera à chaque personne qui a été présentée si son binôme l’a fait de manière fidèle.

Cet exercice a plusieurs objectifs :

- Mettre les participants dans un mode de partage et d’interaction
- Préparer à une écoute empathique, posture primordiale dans le travail de réduction des risques.
- Permettre aux participants de se présenter et d’avoir un retour immédiat de leur présentation
- Permettre aux formateurs de commencer à identifier les participants « bavards» et ceux plus réservés, ce qui sera utile dans le déroulement de la formation en termes de répartition de temps de parole et pour éviter que certains ne monopolisent la formation.

Discussion autour de cet exercice de présentation; fin de l'atelier « Ouverture de session » - Retour rapide

Session "Pourquoi faire du travail de rue avec les usagers de drogue ?"

Cet atelier va explorer les raisons pour lesquelles nous sommes amenés à faire du travail de rue et de la réduction des risques avec les usagers. Il est primordial d'établir un certain nombre de notions de base liées à la réduction des risques, la promotion de la santé et l'historique des initiatives en matière de santé publique en tenant compte de la spécificité de chaque pays. Il est également important d'identifier les raisons pour lesquelles les participants peuvent faire du travail de rue. En effet, l'expérience montre que parfois ces motivations peuvent entraîner des pratiques dommageables. Du fait de leur propre expérience douloureuse, certains travailleurs se sentent par exemple, investis de la « mission » de faire décrocher les usagers, ce qui peut être contreproductif et aller à l'encontre des principes de réduction des risques. Nous utiliserons pour cet atelier la technique du brainstorming.

L'exercice du brainstorming est une bonne technique pour permettre aux participants de mettre leurs idées sur papier sans passer trop de temps à réfléchir à une terminologie appropriée ou acceptable. On demande ainsi aux participants d'exprimer leurs idées comme elles viennent sur les raisons pour lesquelles ils font du travail de rue dans un laps de temps de 4mn. Le formateur notera ces mots sur le paperboard.

Le formateur, en discutant avec les participants, développe les idées exprimées au cours de l'exercice, identifie les points qui seront abordés dans la formation et à quel moment et note les idées qui semblent problématiques en termes de vocabulaire, de pratique, d'éthique, de loi, de difficultés humaines ou affectives,…

Tout l'art du brainstorming dépend de la capacité du formateur à exploiter les différentes idées exprimées.

L'objectif de cet exercice est d'arriver à se mettre d'accord collectivement sur une liste de raisons pour lesquelles nous serions amenés à faire du travail de rue avec des usagers et sur les objectifs de cette démarche. Les participants devraient également être capables d'utiliser la technique du brainstorming, c'est pourquoi le formateur les invitera à faire des liens à partir de la matière exploitée dans l'exercice.

L'exercice du brainstorming entraîne souvent beaucoup d'échanges et de débats d'idées. Le formateur sera vigilant à répartir équitablement le temps de parole, à laisser les personnes exprimer leurs pensées jusqu'au bout.

Cet exercice a aussi souvent tendance à soulever plus de questions qu'il n'apporte de réponses ; il ouvre ainsi des perspectives pour le reste de la formation et donne des lignes directrices de réflexions pour des thèmes qui seront développés dans les jours à venir. Il n'y a donc aucune pression pour terminer l'exercice avec des réponses à tous les points soulevés.

Fin de la session

*Bref retour de la journée de travail***.**

Jour 2 & 3

Session : "Historique du travail de rue et de la réduction des risques"

Cette session vise à replacer le travail de rue dans un contexte social, historique et législatif. C'est l'un des rares moments de présentation orale magistrale de la formation.

Il est important pour les travailleurs de rue qu'ils sachent que leur travail est le résultat d'une histoire en terme de pratiques de santé (ou d'un manque) dans chaque pays concerné et qu'ils s'inscrivent dans un processus historique de santé publique.

Le formateur et/ou les participants français présenteront l'historique du travail de rue dans leur pays.

Les participants des autres pays seront invités à présenter l'historique du travail de rue et de la réduction des risques dans leurs pays respectifs.

Chaque pays aura du temps pour le préparer en groupe.

Ce sera donc le premier atelier utilisant des sessions en petit groupe avec un retour en grand groupe. Ce travail en petit groupe est une technique très utilisée en formation. Cela permet aux participants de partager leurs idées dans un contexte plus intime et de développer une proposition collective qui sera présenté au groupe élargi.

Chaque groupe désignera une personne qui sera chargée de présenter les résultats en grand groupe. Bien évidemment cette personne pourra se faire aider par ses partenaires.

Un temps sera ensuite consacré à des "questions / réponses" durant lequel les divers participants pourront interroger chaque pays sur le contexte et identifier ainsi des similarités et des disparités.

A la fin de cet exercice, du temps pourra être consacré pour discuter de l'exercice en petit groupe.
Nous pourrons également aborder la session interactive des "questions / réponses" et l'exploitation de la richesse des points communs et des divergences selon les pays et les différentes approches.
Des thèmes délicats vont inévitablement émerger : contextes politiques et légaux, les activités policières, l'existence (ou non) de dispositifs ou services de réduction des risques (matériel d'injection, prescription de traitement de substitution, etc…)

Nous proposons que la fin de cette session soit consacrée à une discussion autour des éléments qui peuvent être intégrés dans le Manuel collectif de travail de rue.

Le groupe peut décider à ce moment là comment les historiques du travail de rue et de la réduction des risques dans leur pays respectif peuvent être présentés dans le Manuel et les objectifs d'une telle présentation. Cela signifie pour chaque pays une future recherche éventuelle pour compléter cette partie afin qu'elle soit claire et représentative.

Session : "Préparer le terrain pour le travail de rue"

L'objectif principal de l'atelier d'aujourd'hui et de demain est de se confronter au travail de réduction des risques effectué par les travailleurs de rue avec les usagers de drogue qu'ils rencontrent. En premier lieu, nous étudierons le travail de préparation nécessaire AVANT de démarrer toute activité de travail de rue. Puis nous observerons le processus qui s'engage avec les usagers en évaluant leurs pratiques d'usage et en leur proposant des stratégies de réduction des risques.

Concernant la phase de préparation du travail de rue, nous proposons d'aborder la question à travers les étapes suivantes :

- Evaluer les besoins en travail de rue
- Identifier les sites où l'on peut rencontrer les usagers
- Négocier avec l'environnement local (voisins, commerçants, pharmacies, services de soins, ...) et expliquer les objectifs du travail de rue
- Rencontrer les différents représentants des autorités locales (mairie, services de police) afin de négocier les paramètres et les zones de travail de rue
- S'organiser pour effectuer le travail de rue en binôme (jamais seul)
- Approcher les usagers de drogues et expliquer le travail de rue et de RdR
- Identifier les situations à risque et les gérer
- Instaurer des temps de débriefing et de supervision

La technique de formation utilisée pour cette session est très simple; c'est la session "pourquoi?". Chaque participant sera invité à s'installer dans un coin tranquille de la pièce et, muni d'un papier et d'un stylo, il répondra à la question "pourquoi ? " pour chaque rubrique : pourquoi évaluer ? pourquoi identifier les sites ? pourquoi négocier ? et ainsi de suite…

Evidemment si les participants ont des problèmes pour rédiger, le formateur viendra les aider. Le groupe se reformera et répondra collectivement aux questions.

Là encore, le formateur doit être vigilant à ce que le temps de parole soit correctement réparti et s'assurer du respect de l'écoute par tous(-tes).

A la fin de cette session, il sera propose au groupe de discuter des avantages et des difficultés de cet exercice.

Ce moment peut également être une opportunité pour identifier les éléments en matière de bonnes pratiques de travail de rue pouvant être intégrées au Manuel.

Vous allez remarquer que cet exercice permet aux participants de travailler seul pendant un moment avant de mettre en commun les idées en groupe. Il est nécessaire de varier les modalités de formation en alternant des temps de travail seul, en binôme, en petit groupe et en grand groupe.

Session : "Travailler avec les usagers et leur usage- pratiques d'injection, sniff, usage oral, prévention des overdoses"

Il est primordial pour les travailleurs de rue d'avoir des connaissances sur les diverses sortes de drogues et les modes d'usage dans leur zone d'intervention. Cet atelier a pour objet de comparer les différents usages et pratiques dans les villes et groupes représentés dans la formation mais également de partager des connaissances et de clarifier des doutes concernant les différents produits et les diverses pratiques d'usage.

Cet exercice donnera l'occasion de tester l'utilisation de supports visuels en formation.

Les participants, en binôme ou en petit groupe, seront invites à prendre une grande feuille de papier et à représenter, sous forme de dessin ou de carte, une situation locale d'usage.

Ce dessin devra décrire:

- Le type de localité et l'environnement
- Les types de produits utilisés

- Les modes d'usage
- Les produits disponibles dans la zone concernée
- L'existence de travail du sexe lié à l'usage et l'accessibilité aux préservatifs
- La prévalence de la violence liée à l'usage de drogue
- Les problèmes de santé rencontrés
- La prévalence des overdoses
- Les autres points importants

Chaque groupe présentera sa carte/son dessin au grand groupe. Les participants pourront poser des questions sur ce dessin. Une fois que chaque situation est présentée, le groupe avec l'aide du formateur, fera une comparaison des ressemblances et des différences entre les cartes.

Ceci permettra de discuter des divers problèmes liés à l'usage de drogue et aux réponses potentielles en matière de réduction des risques qui existent déjà ou peuvent être développées.

A la fin de l'exercice, le groupe sera invité à discuter de l'intérêt de travailler avec des dessins/ des représentations en images dans une formation. Il est important, surtout pour une session qui dure plusieurs jours, de proposer une variété de techniques de formation.

Fin de la session

*Bref retour de la journée de travail***.**

Jour 4

Session : "Travailler avec les usagers et leur usage- pratiques d'injection, sniff, usage oral, prévention des overdoses" (Suite)

Cette session va explorer les pratiques plus sûres en matière d'injection. Ce sera également l'opportunité pour les participants de s'engager dans un jeu de rôle mettant en scène une préparation d'injection.

Le formateur, dans le cadre de cette session, est un ex-usager de drogues, qui a 20 ans d'expérience en matière de formation aux pratiques d'injection plus sûres. Il est en effet important d'être à l'aise avec cet aspect de la formation. Si vous ne vous sentez pas en mesure d'assurer cette partie de la formation, n'hésitez pas à proposer à une personne qui en a les capacités de le faire à votre place.

Il se peut très bien que des usagers ou ex-usagers injecteurs soient présents dans le groupe de participants et qui ne se sentent pas à l'aise avec la manipulation du garrot et du matériel d'injection. Le formateur devrait alors leur proposer de ne pas y participer. Cependant le vécu et l'expérience d'usagers et d'ex-usagers apportent une extrême richesse à cette session.

Le formateur fera la démonstration de l'usage du garrot et demandera aux participants de le mettre en place, de la main droite et de la main gauche (les usagers s'injectent dans les deux bras et apprennent donc à se servir du garrot des deux côtés).

Le formateur passera ensuite en revue les différentes phases de préparation de la poudre pour l'injection, en identifiant les spécificités des différents produits (poudres, cachets, etc…) Les participants sont invités à prendre des notes.

Le formateur divisera ensuite le groupe en plusieurs sous-groupes et donnera à chacun le matériel pour préparer une injection dans un laps de temps très court. Une personne de chaque groupe prendra note des différents évènements qui se déroulent à l'intérieur du groupe durant cet exercice (par exemple, un ancien usager qui ne souhaite pas manipuler le matériel d'injection).

Chaque sous-groupe fera le retour de cet exercice et identifiera les difficultés à préparer une injection dans la précipitation et les types de conseils en matière de réduction des risques qui peuvent être donnés en travail de rue.

A l'issue de cette session, les participants seront invités à partager leur sentiment sur le fait de pouvoir mener une session sur les pratiques d'injection.

Fin de la session

*Bref retour de la journée de travail***.**

Jour 5

Session : "Clôturer la formation et évaluer le programme"

La formation est un processus qui comporte un début et une fin. La clôture d'une session de formation est aussi importante que son ouverture. Les participants ont à accepter (avec regret ou soulagement) que le programme se termine et ils sont invités à évaluer ce qui a changé pour eux entre le début et la fin de la formation. C'est un moment où les participants sont invités à exprimer ce qui s'est bien passé pour eux, ce qui s'est moins bien passé, ce qu'ils ont appris et sur quels points ils auraient besoin de davantage de formation ou de soutien.

Clôturer

Nous proposons que la session finale s'ouvre avec un groupe de parole d'une à deux heures. Ce temps peut être utilisé par les participants pour :

- Poser des questions et clarifier certains points qui peuvent ne pas être clairs
- Exprimer leurs sentiments sur le fait de devenir formateurs pour les travailleurs de rue
- Exprimer leurs sentiments sur le fait d'être / de devenir eux-mêmes des travailleurs de rue
- Discuter de leur expérience de travail commune dans le groupe de formation et identifier ce que chaque participant a apporté au groupe
- Exprimer leurs espoirs et doutes pour le futur
- Identifier les réseaux locaux, nationaux et internationaux et les possibilités de soutien

Le formateur ouvrira la session en proposant ce temps de parole, en présentant clairement au groupe les différents points listés ci-dessus, tous ouverts à la discussion.

Le formateur peut utilise ce temps de parole pour aider chaque participant à chercher les ressources locales qui peuvent lui être utiles dans la mise en place d'une formation ou d'actions de travail de rue.

Après la pause de milieu de matinée, nous commencerons à évaluer la formation.

Evaluer

Evaluer un programme de formation est également très important.

Cela permet aux participants de terminer la formation.

Cela leur permet d'exprimer leur satisfaction et leurs critiques vis-à-vis de la formation.

Cela permet au formateur d'avoir des informations utiles lui permettant de modifier et d'améliorer les programmes de formation.

L'évaluation doit prendre en compte le contenu, la méthodologie et l'expérience de formation.

Contenu

Le contenu de la "formation des formateurs- Travail de rue" a abordé les thèmes suivants :

- "Ouvrir une session de formation"
- "Présenter les participants et récolter leurs attentes quant à la formation"
- "Pourquoi faire du travail de rue avec les usagers de drogue ?"
- "Historique du travail de rue et de la réduction des risques"
- "Préparer le terrain pour le travail de rue"
- "Travailler avec les usagers et leur usage- pratiques d'injection, sniff, usage oral, prévention des overdoses"
- "Clôturer la formation et évaluer le programme"

Nous proposons une méthode simple pour inviter les participants à évaluer leur degré de satisfaction, par exemple :

Veuillez indiquer votre degré de satisfaction concernant le contenu des thèmes suivants :

"Ouvrir une session de formation" ☹ 😐 ☺

Les participants entourent le smiley qui leur convient : ☹ = pas très satisfait, 😐 = moyennement satisfait, ☺ = très satisfait

Techniques de formation utilisées : l'évaluation concerne ici les différentes techniques utilisées et testées durant la formation :

- Travail individuel
- Travail en binôme
- Travail en petit groupe
- Retour en grand groupe
- Brainstorming
- L'exercice du "pourquoi?"
- Présentations collectives
- Presentations individuelles
- Exercices interactifs
- Utilisation des images/dessins
- Jeu de rôle

Exemple: veuillez indiquer svp votre degré de satisfaction concernant les techniques utilisées:

"Travail individuel" ☹ 😐 ☺

Vécu de la session de formation : ressenti des participants concernant l'atmosphère générale et la conduite de la session de formation :

- Qualité de la formation des formateurs
  ☹ 😐 ☺
- Gestion du temps de parole pour chaque participant
  ☹ 😐 ☺
- Qualité de la dynamique de groupe
  ☹ 😐 ☺

Enfin, une série de questions générales:

1. Quels points avez-vous trouvé le plus utile?
2. Quels points avez-vous trouvé le moins utile?
3. La formation a t'elle répondu à vos attentes ? Quelles sont vos attentes insatisfaites ou vos nouvelles attentes pour le futur?
4. Voulez vous ajouter d'autres commentaires au sujet de la formation?

Il est nécessaire de prendre une bonne demi-heure pour permettre aux participants de compléter le document d'évaluation

Espace de parole libre

Temps consacré aux questions, au débat, à des éclaircissements de points abordés durant la formation

FIN DE LA SESSION DE FORMATION

ANNEXE II

Législation britannique en matière de travail isolé

L'Acte Santé et Sécurité au Travail 1974 (The Health and Security at Work Act 1974)

Les organisations du système national de santé (NHS) ont des responsabilités à travers cet acte. En tant qu'employeurs, ils doivent assurer, dans la mesure du possible, la santé, la sécurité et le bien-être de leurs employéEs au travail. Les employeurs doivent préparer des procédures écrites où sont explicitées les mesures de gestion des risques sanitaires et sécuritaires. Ces documents doivent être publiés et facilement accessibles au personnel.

Les règlements concernant la gestion de la santé et la sécurité au travail de 1999 (The Management of Health and Safety at Work Regulations 1999)

Ces règlements requièrent de la part des employeurs l'évaluation des risques auxquels les employéEs et les non employés sont exposéEs et mettre en place les mesures pour planifier, organiser, évaluer et réviser les risques sanitaires et sécuritaires. Là où il s'avère opportun, les employeurs doivent évaluer le risque de violences envers les employés et si nécessaire mettre en place les mesures pour les protéger.

Règlements de 1977 (a) sur les Représentants et les Comités des Sécurité (Safety Representatives and Safety Committees Regulations 1977 (a)), et les Règlements (b) Sanitaires et Sécuritaires de 1996 (en consultation avec les EmployéEs) The

Health and Safety (Consultation with Employees) Regulations 1996 (b)

Les employeurs doivent informer et consulter, dans des délais raisonnables, les employéEs sur les questions relatives à leur santé et leur sécurité. Les représentants, soit nominés par les syndicats reconnus sous (a), soit élus sous (b), peuvent relayer auprès des employeurs toutes les questions relatives à la santé et la sécurité des personnes qu'ils représentent.

L'Acte 2007 relatif à l'Assassinat et l'Homicide Institutionnels (The Corporate Manslaughter and Corporate Homicide Act 2007)

Cet acte étant devenu une loi en Avril 2008, crée une nouvelle infraction sous laquelle une organisation, plutôt qu'un individu, peut être poursuivie et pénalisée à une amende illimitée, particulièrement si ladite organisation manque à son devoir concernant les mesures sanitaires et sécuritaires, et l'obligation de soin à la personne décédée.

Les Directions du Secrétaire d'Etat (Secretary of State Directions)

Les organisations appartenant au Système National de la Santé (NHS) ont des responsabilités de gestion de la sécurité, incluant la protection des travailleurs et travailleuses seulEs. Ceci est en lien avec les directives données aux organismes de santé sur les mesures à mettre en place pour gérer la violence dirigée vers le personnel du NHS et celles données sur la question des mesures de gestion sécuritaires (2003 et 2004 respectivement, modifiées en 2006).

Une série de législations similaires sera publiée dans chaque pays membre de l'UE et quelques législations plus larges qui pourront être interprétées ou appliquées afin de soutenir ces principes clefs.

Achevé d'imprimer en avril 2011
Groupe COPSI / Eguilles / France
pour le compte de

Association ACCES
55 rue Saint-Bazile
13001 Marseille – France
Tél. : 04 91 50 03 75
http://acces13.org/

Association ACCES
55 rue Saint-Bazile
13001 Marseille - France
Tél. : 04 91 50 03 75
http://acces13.org/

Groupe Copsi - France