

La prévention spécialisée, chaînon manquant de l'intervention en addictologie ?

Thierry Michard – DEIS 2014

***Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Haute
Normandie
55, rue Amiral Cécille
76000 Rouen***

Sous la direction de Manuel Boucher

Illustration de couverture :
Christian Affagard.

Je tiens à adresser mes remerciements à M. Manuel Boucher directeur de mon mémoire, à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IDS pour la qualité de ses interventions, à Sylvie Vaslet secrétaire, à l'ensemble de la promotion qui a su développer un climat de solidarité pour mener à bien cette formation ainsi qu'à mes deux collègues qui m'ont soutenu dans un contexte professionnel complexe.

Avant propos :

La plupart des personnes que j'ai rencontrées dans le cadre de ce mémoire m'ont autorisé à révéler leur identité. Par soucis de discrétion, de respect des personnes interviewées mais aussi pour garder une certaine liberté dans la rédaction, j'ai opté de rédiger ce mémoire de façon anonyme, tant au niveau des noms, prénoms, âge et profession des personnes habitant les quartiers concernés par mon enquête. J'ai pratiqué de même pour les professionnels, y compris pour le nom des différentes structures. De la même manière, j'ai modifié les noms concernant la géographie (région, département, villes) de façon à ce que le lecteur ne reconnaisse pas les lieux, les structures, les personnes. Toutefois, le contenu des entretiens demeure conforme à la réalité de ce qui a été exprimé tout au long de mon enquête.

SIGLES :

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

ADEPEA : Association Départementale Pour l'Enfance et l'Adolescence

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AHEA : Association Hermanvillaise pour l'Enfance et l'Adolescence

AMP : Aide Médico Psychologique

ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine

APS : Accueil Post Scolaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSEA : Association Régionale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence

ART : Appartement Relais Thérapeutique

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASUD : Auto Support des Usagers de Drogue

AVQ : Atelier de Vie Quotidienne

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques

CAF : Caisse d'Allocations Familiale

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CET : Collège d'Enseignement Technique

CFI : Centre de Formation et d'Insertion

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIO : Centre d'Information et d'Orientation

CIP : Conseiller en Insertion Professionnelle

CJG : Consultation Jeunes Consommateurs

CLSPD : Comité Local de Prévention de la Délinquance

CMS : Centre Médico Social

CNL : Comité National de Liaison des clubs et équipes de prévention spécialisée

CNLAPS : Comité National de Liaison des Associations de Prévention Spécialisée

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTPS : Conseil Technique des clubs et équipes de Prévention Spécialisée

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPELA : Equipe Paramédicale d'Evaluation et de Liaison pour Adolescents
ESI : Espace Solidarité Insertion
ETP : Equivalent Temps Plein
FAE : Foyer d'Action Educative
IDS : Institut du Développement Social
IME : Institut Médico Pédagogique
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social
PAPS : Point Accueil Santé
PIC : Programme d'Initiative Urbaine
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
OPJ : Officier de Police Judiciaire
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRE : Programme de Réussite Educative
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SHPS : Service Hermanvillais de Prévention Spécialisée
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficiencie Acquis
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TISF : Travailleuse en Insertion Sociale et Familiale
TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostic
VIH : Virus de l'Immunodéficiencie Humaine.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	P 6
1) CHOIX DU SUJET	P 7
2) MON PARCOURS PERSONNEL	P 7
3) MON PARCOURS PROFESSIONNEL	P 8
✚ Dans l'intervention en toxicomanie	P 8
✚ En tant qu'acteur de la prévention spécialisée	P 10
4) PROJET DE RECHERCHE	P 12
✚ Définitions	P 12
✚ Question de départ	P 13
✚ Problématique	P 13
✚ L'objet de mon mémoire	P 15
✚ Hypothèses	P 16
5) METHODOLOGIE	P 16
✚ Méthodologie du mémoire	P 17
✚ Méthodologie d'enquête	P 17
6) LES LIMITES DE L'ENQUÊTE	P 18

PREMIERE PARTIE :

CONTEXTUALISATION, UNE APPROCHE CHRONOLOGIQUE

P 20

I - UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE

P 21

1) LA CONSOMMATION DE DROGUES, UNE HISTOIRE CULTURELLE ANCIENNE

P 21

2) L'APRÈS GUERRE, L'EMERGENCE DE LA CULTURE ADOLESCENTE AUX ETATS UNIS

P 23

II - APPROCHES SOCIOLOGIQUES, MEDICALES, PSYCHOLOGIQUES ET JURIDIQUES

P 24

1) LA CONSOMMATION DE DROGUES, LES PREMIERS REGARDS SOCIOLOGIQUES DANS LES ANNEES 1960 EN FRANCE	P 24
2) L'ASPECT MEDICAL	P 24
3) LES ADDICTIONS	P 25
✚ La dépendance physique	P 25
✚ La dépendance psychologique	P 26
✚ Le traitement de la dépendance psychologique	P 26
✚ L'adolescence	P 28
4) LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970	P 30
✚ Les pouvoirs de la police	P 31
✚ Les pouvoirs du juge d'instruction	P 32
5) LES ANNEES 70, CHANGEMENTS SOCIOLOGIQUES ET MASSIFICATION DES USAGES DE DROGUES	P 32
6) DES NOUVEAUX DISPOSITIFS	P 33
7) LES ANNEES 80, UN CONTEXTE SOCIOLOGIQUE ET ECONOMIQUE DIFFICILE	P 34
8) LA REDUCTION DES RISQUES	P 34
9) LES ANNEES 80 - 90, LES ADDICTIONS, LES RECHERCHES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES	P 36
III <u>NAISSANCE ET EVOLUTION DE LA PREVENTION SPECIALISEE</u>	P 40
1) FIN DE LA 2^{ème} GUERRE, PREMIERS PAS DE LA PREVENTION	P 40
2) 1972 UNE RECONNAISSANCE DE LA PREVENTION SPECIALISEE	P 42
3) LA PREVENTION SPECIALISEE DANS LES ANNEES 90 - 2000	P 43
4) LA LOI DE PREVENTION DE LA DELINQUANCE DU 5 MAI 2007	P 44
✚ La loi répond proportionnellement et rapidement en tenant compte de l'action éducative	P 44
✚ La loi prévoit un certain nombre de dispositions pour la vie quotidienne	P 45
✚ Dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, la loi vient renforcer l'interdit social dans ses sanctions et ses réponses	P 45
✚ Pour la prévention de la violence contre les personnes la loi de prévention de la délinquance s'applique	P 46
✚ Face à l'augmentation des violences contre les dépositaires de l'ordre public la loi sanctionne davantage les agresseurs	P 46

✚ Contre le stationnement illégal des nomades et à la demande du maire	P 46
✚ Contre la délinquance liée aux nouvelles technologies et l'amélioration de la protection des mineurs	P 46
✚ Facilitation de l'intégration des jeunes en difficulté	P 46
5) LA CRISE DE 2008	P 47
6) LES CONTRAINTES ECONOMIQUES ET L'INTERVENTION SOCIALE, LA FIN DU « NOUVEAU DEPART »	P 49

DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUETE DE TERRAIN P 50

I - PRESENTATION DES TERRITOIRES ET DES STRUCTURES ENQUETÉS P 52

1) DIAGNOSTIC TERRITORIAL	P 52
✚ Quelques chiffres de l'Agence National pour la Rénovation Urbaine (ANRU)	P 52
✚ Présentation générale	P 52
✚ Les institutions présentes	P 53
✚ La population	P 53
✚ La rénovation urbaine	P 53
2) PRESENTATION DE TROIS HABITANTS	P 56
✚ Un usager de drogues	P 56
✚ Un habitant confronté au problème dans sa famille	P 62
✚ Une habitante dans une cité qui trafique	P 65
3) PRESENTATION DES STRUCTURES ENQUETEES	P 69
✚ La « Maison de l'Adolescent »	P 69
✚ Le « Passage »	P 69
✚ Le Service Hermanvillais de Prévention Spécialisée.	P 71

II - LES LOGIQUES D'ACTION DES ACTEURS P 72

1) PRESENTATION DES ACTEURS	P 72
✚ Du sanitaire	P 72
✚ Du médico-social	P 73
✚ De l'intervention sociale	P 73

III - <u>A L'EPREUVE DU PARTENARIAT</u>	P 75
1) QUI SONT VOS PARTENAIRES ?	P 75
✚ La maison de l'adolescent	P 75
✚ Le « Passage »	P 78
✚ La pharmacie de quartier	P 80
✚ Le service de prévention spécialisée	P 80
2) LA PREVENTION SPECIALISEE : UN SECTEUR CONNU PAR LES ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE ?	P 82
✚ La « Maison de l'Adolescent »	P 83
✚ Le « Passage »	P 83
✚ Le CSAPA	P 83
✚ Le CAARUD	P 83
3) ADDICTOLOGIE ET PREVENTION SPECIALISEE : UN PARTENARIAT SOUHAITABLE ?	P 84
✚ La « Maison de l'Adolescent »	P 84
✚ La pharmacie de quartier	P 84
✚ Le « Passage »	P 85
✚ Le SPHS	P 87
4) LES PREAMBULES D'UN PARTENARIAT	P 89
✚ Pour le « Passage »	P 89
✚ Pour la « Maison d'Enfants »	P 89
✚ Invités	P 89
✚ Perspectives partenariales	P 91
✚ Programme de la formation prévue pour septembre 2014	P 91
IV -<u>LA REDUCTION DES RISQUES</u>	P 92
1) LES SALLES D'INJECTION	P 93
✚ La « Maison de l'Adolescent »	P 93
✚ La pharmacie de quartier	P 93
✚ Le « Passage »	P 94
✚ Le SPHS	
	P 95
V - <u>CONCLUSION DE L'ENQUETE DE TERRAIN</u>	P 97

TROISIEME PARTIE : PRECONISATIONS	P 99
1) PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE	P 100
✚ Développer les partenariats entre les intervenants en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée	P 100
✚ Favoriser la réduction des risques	P 100
✚ Favoriser une prise en compte plus humaine du problème des addictions plutôt que de suivre la bonne morale et la lutte contre la toxicomanie	P 101
2) PRECONISATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS	P 103
✚ Information / Prévention des addictions	P 103
✚ Les professionnels concernés	P 103
✚ La prévention auprès des publics	P 103
3) PRECONISATION POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS	P 104
✚ « Aller vers »	P 104
✚ Accompagner	P 105
4) PRECONISATIONS EN MATIERE DE REDUCTION DES RISQUES	P 105
✚ La conduite	P 106
✚ En cas de grossesse	P 106
✚ Les salles de consommation	P 107
5) PRECONISATIONS EN TERME DE FORMATION ET DE SUIVI DES MEDECINS TRAITANTS ET PHARMACIENS	P 109
6) PRECONISATIONS SUR LES EFFETS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE	P 109
 CONCLUSION	 P 111
 BIBLIOGRAPHIE	 P 114
 ANNEXES	 P 117

INTRODUCTION :

1) CHOIX DU SUJET :

On parle beaucoup des phénomènes des banlieues dans de nombreux médias, d'insécurité, de violences, de ghettoïsation, d'économie parallèle, d'acculturation, de racisme, d'incivilités, de drogue, de trafic... La sur-médiatisation de ces phénomènes met souvent en scène les acteurs qui ont tendance à jouer le rôle qu'on attend d'eux. Ces reportages contribuent à véhiculer une image négative des banlieues, entretiennent un climat d'insécurité, favorisent la ségrégation et la relégation dans la périphérie des grandes villes sans jamais parler des atouts, des ressources, de l'énergie et de la solidarité qui y règnent. Ces discours, repris par certains partis politiques à des fins électoralistes ne font que renforcer le sentiment d'exclusion vécu par de plus en plus de personnes démunies et marginalisées. Les émeutes de 2005 ont renforcé le sentiment d'incompréhension entre une jeunesse révoltée et une société moralisatrice et répressive. En arrière fond de ces débats, la consommation et le commerce des drogues se sont massivement développés dans ces quartiers depuis la fin des années 70.

2) MON PARCOURS PERSONNEL :

J'ai grandi dans deux quartiers de banlieue entre l'âge de 9 ans et 21 ans, c'est à dire entre 1969 et 1981. Il y avait déjà de la violence, des bandes, qu'on appelait les « loubards » à l'époque, ils portaient des blousons de cuir noirs l'hiver, en jean l'été et avaient les cheveux courts, en opposition avec les codes vestimentaires et d'appartenance de ce qui restait de la mouvance « hippies », jeunes gens de familles plutôt favorisées, milieu étudiant.

Quand j'étais au collège (1971/1976), la violence ambiante du quartier se retrouvait confinée dans l'établissement, les fauteurs de troubles ont pris le pouvoir et ne craignaient ni les surveillants (étudiants) ni la direction qui désertait la cours aux heures de pointe. Les « loubards » se retrouvaient dans les sections professionnelles, ils attendaient d'avoir 16 ans pour aller vers l'apprentissage, les collèges d'enseignement techniques (CET), il y'avait de l'emploi à cette époque et moins de chômage qu'aujourd'hui. Je n'ai pas souvenir de drogue au collège, mais il y'en avait dans le quartier de façon marginale dans les quelques milieux étudiants qui logeaient là. Les « loubards » affichaient une haine des drogués.

J'ai moi même été touché par le sujet quand j'avais 14 ans (1974), un membre de ma famille a été interpellé par la brigade des stupéfiants pour consommation de cannabis, à l'époque ça a été un drame familial, la drogue c'était du « poison », comme une maladie qui s'installait dans la famille. Les personnes ne faisaient pas de distinction entre les différentes drogues et la loi de 1970 sur les stupéfiants était récente.

C'est à la fin des années 70 début des années 80 que j'ai pu voir arriver le cannabis dans le quartier, c'est plus tard que l'héroïne est apparue, dans les années 83/85 me semble-t-il, je n'habitais plus ce quartier.

3) MON PARCOURS PROFESSIONNEL :

Dans l'intervention en toxicomanie :

En 1985, je suis entré en formation d'éducateur spécialisé, j'ai participé à un module sur la toxicomanie, animé par un éducateur de l'association « Nouveau départ » centre de postcure pour toxicomanes que l'on appelle aussi Centre Thérapeutique Résidentiel. À la suite de ce module, j'y ai effectué un stage de 7 mois. J'ai fait mon mémoire d'éducateur spécialisé sur la prise en charge des toxicomanes dans cette structure. Très motivé par ce que j'y ai découvert, j'ai postulé pour un emploi, j'ai fait quelques remplacements pendant ma formation et par la suite j'ai obtenu un poste après avoir obtenu mon diplôme d'État en 1990.

J'ai travaillé pendant 10 ans dans ce centre de 1990 à 2000. Dans ce cadre, j'ai pu rencontrer entre 80 et 100 personnes par an présentant des problématiques d'addiction, soit environ 900 personnes en 10 ans. Cet établissement a été déconventionné en 2000, il accueillait des toxicomanes en milieu rural, 24h/24, 365 jours par an. A cette époque on parlait déjà d'addictions, pour inclure l'ensemble des dépendances relatives à toutes les substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments etc.), nous étions intervenants en toxicomanie, aujourd'hui on a élargi le sujet aux addictions au sens large, c'est à dire aux troubles comportementaux (anorexie/boulimie, écrans, jeux, sports, sexualité, travail compulsifs etc.), on parle alors d'intervention en addictologie.

La grande majorité des résidents consommaient de l'héroïne en produit principal, la plupart étaient poly-toxicomanes, c'est à dire qu'ils consommaient d'autres produits en plus du produit principal (alcool, cannabis, cocaïne, tabac, ecstasy, médicaments psychotropes, subutex (produit de substitution) détourné, morphine, amphétamines etc.).

Les résidents étaient issus de toutes origines sociales, de tout le territoire national, avec une majorité issue de banlieues notamment de la région parisienne et du nord de la France.

Beaucoup avaient un passé délinquant et carcéral soit directement lié à l'usage ou au trafic de stupéfiants soit indirectement pour financer leur consommation (vols, braquages, trafics divers, prostitution etc.). Une minorité avait un travail salarié en contrat à durée déterminée, peu avaient un contrat à durée indéterminée, beaucoup étaient bénéficiaires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion).

L'un des critères d'admission était d'être dépendant de drogues dures telles que l'héroïne ou la cocaïne éventuellement associée à d'autres substances et d'être sevré physiquement à l'arrivée dans l'établissement. Ainsi, une personne consommatrice de cannabis ne pouvait prétendre à une admission.

Le projet thérapeutique de l'établissement était de retrouver un rythme et une hygiène de vie au quotidien en respectant des règles de vie collectives, de levers de couchers, d'ateliers... D'autre part, les résidents bénéficiaient d'entretiens à visée thérapeutique avec un éducateur référent. Ces entretiens permettaient aux résidents de repérer les carences affectives et/ou éducatives dans leur histoire, les entraves qui ne leur ont pas permis d'accéder à un mode de vie autonome. Il s'agissait de combler le vide et le manque par autre chose que de la drogue et de comprendre que le manque était bien antérieur aux premières consommations de drogues quelles qu'elles soient. Ce travail était encadré par un psychanalyste qui a assuré le suivi de l'équipe intitulé : « Formation à la médiation éducative et thérapeutique » sur les 10 années (cf. annexes p. 118).

Un des points qui m'a profondément marqué lors de cette expérience, c'est le SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquise). Dans les années 85, début des années 90, il n'y avait pas beaucoup de connaissance en matière de SIDA, même s'il y'a eu un énorme élan de solidarité au niveau international pour aider la recherche. Une bonne partie des résidents était touchée par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), parfois l'ensemble du groupe. Il en résultait un climat d'angoisse palpable à chaque fois que l'un d'entre eux avait des résultats d'analyses sanguines négatifs. Il n'y avait pas de traitement, pas de trithérapie, pas d'indicateur du passage de l'état de porteur sain du virus au passage dans la maladie. A leur arrivée, beaucoup étaient dans le déni de la maladie, le fait de se poser, de vivre sans produit leur permettait de se confronter à une maladie mortelle sans traitement. La plupart décidaient de se battre alors que certains préféraient repartir... Depuis cette époque, les traitements ont fortement évolué, même si la maladie ne se soigne toujours pas. A cette époque, le SIDA était la maladie des homosexuels et des toxicomanes. Les soins se sont améliorés quand le monde a réalisé que la population hétérosexuelle était aussi touchée. Aujourd'hui, c'est dans les pays pauvres que le SIDA fait des ravages, les traitements sont efficaces mais trop chers pour les pauvres.

Suite à la fermeture administrative de « Nouveau Départ » en septembre 2000, j'ai travaillé dans deux internats : un Foyer d'Action Educative (FAE) et dans une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) où il y avait aussi des consommations de cannabis.

En tant qu'acteur de la prévention spécialisée :

En 2003, j'ai travaillé dans un service de prévention spécialisée intervenant sur les quartiers Nord d'Hermanville, ville post-industrielle et portuaire de 120 000 habitants. Le SHPS (Service Hermanvillais de Prévention Spécialisée) était un nouveau service qui venait d'être créé par l'Association Départementale de la Protection de l'Enfance et de l'Adolescence (ADPEA). L'ADPEA est une association importante qui intervient dans les domaines de la protection de l'enfance (internats, milieu ouvert, centre de formation etc.)

Au SHPS, personne n'avait d'expérience en prévention spécialisée dans l'équipe ni au niveau associatif. Il a fallu tout construire, tout créer, être force de proposition, monter des projets sur des territoires vierges de prévention spécialisée. Aller au devant des habitants et des jeunes notamment les écouter, observer, analyser, se faire connaître et tenter d'aider à résoudre les difficultés. D'autre part, il a fallu constituer un réseau et travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs des territoires.

Au départ, j'avais le sentiment de faire de la prestation de service, répondre aux demandes si diverses soient-elles. Si un jeune demandait d'accéder à une formation, nous l'accompagnions dans les divers centres de formation jusqu'à ce qu'il obtienne satisfaction. Pour des situations d'endettement, nous mettions les personnes en lien avec le droit commun et les accompagnions dans les diverses démarches...

Peu à peu, j'ai fait des liens avec mon expérience précédente en centre de postcure. Notamment vis à vis des fondamentaux : libre adhésion, anonymat, non mandatement. C'étaient les mêmes dans les deux cas, ces bases favorisent l'émergence d'une relation de confiance entre les usagers et les éducateurs. Lors de l'évaluation interne, un jeune avait déclaré : « Je suis plus à l'aise de parler de moi si je sais que ce que je dis ne sera pas dans un dossier qui pourra ressortir à un moment ou un autre. »

J'ai vite réalisé que je n'avais qu'une vision vague de la banlieue, de ses codes, de sa culture... Je n'étais pas totalement dépaysé quand j'ai travaillé au SHPS mais, par contre, j'ai été marqué par le nombre de jeunes consommateurs de cannabis qui fument dans la rue, au pied de l'immeuble, à tout moment de la journée. Que ce soit le matin, en journée ou en soirée. Idem par rapport à l'alcool, des personnes qui boivent de la bière, souvent fortement titrée ou des alcools forts à tout moment de la journée et en public. Je parle de personnes de 16 à 25 ans environ, parfois plus âgées. Sur les territoires Nord, il y a un grand CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), il accueille un public très marginalisé avec bien souvent une problématique d'alcoolisme qui consomme dans les environs du centre, ce sont

généralement des hommes de tous âges. La présence et la proximité de consommateurs de drogues ou d'alcool contribuent au sentiment d'insécurité perçu par le voisinage.

Dès le début de l'activité du service de prévention, l'équipe a repéré certains lieux de trafic de rue de cannabis, à certains endroits les vendeurs se cachaient à peine. Il y'avait aussi du trafic en appartement, beaucoup plus discret. Après quelques années, certains partenaires logeant dans le quartier et certains habitants nous ont parlé de trafics plus sérieux, notamment d'héroïne. Ainsi, à certains moments, nous sentons une certaine tension dans le quartier, il est courant que certains jeunes nous évitent pour des raisons diverses et variées, mais parfois on ressent un malaise, une gêne réelle à certains endroits et des groupes de jeunes qui nous ignorent, nous tournent le dos, évitent d'engager une conversation, de nous saluer ou se montrent provocateurs et désagréables. Au cours des années nous avons appris à décoder ces comportements.

Sur ces 10 années d'observation, j'ai remarqué que le niveau de vie de certaines familles changeait. Dans certains groupes d'immeubles, on sentait la misère dans certaines familles les enfants portaient des vêtements ou des chaussures parfois très usés, peu de mobilier, peu d'électro ménager dans les logements... Les années passant, dans les mêmes familles, je constate une amélioration dans l'aménagement, l'immobilier, les vêtements de marque pour les enfants, des téléphones portables, les consoles de jeux, les ordinateurs etc. Je ne ferai de raccourci direct en disant que le trafic de drogues finance tout cela mais il n'y'a pas eu d'augmentation des revenus dans ces familles, bien au contraire, certaines ont plutôt vu leurs revenus baisser, suite à des périodes de chômage, fin des allocations familiales à l'arrêt de la scolarité des enfants, passage à la retraite du père, minimas sociaux...

Dans ces mêmes cités, à certains moments, le trafic se passe de façon flagrante, il se voit depuis la rue où les « chouffeurs »¹. s'activent, se montrent, font le pied de grue au bas de l'immeuble, au coin de la rue, assis sur un banc, une voiture, un siège de fortune...

D'autre part, lors d'opérations policières, l'inquiétude se généralise lorsqu'il y'a des gardes à vues. Un sentiment de malaise s'installe, qui a pu dire quoi sur qui ? La crainte de passer pour un ou une « poucave² » est présente et réelle. Viennent ensuite les risques de représailles pour ceux qui ont ou auraient parlé. Il y'a une réelle omerta autour du sujet, c'est la loi du silence, tacite et non écrite, si une personne parle elle peut ébranler toute une organisation lucrative et s'exposer à des représailles ainsi que sa famille.

¹Mot d'origine arabe qui désigne celui qui surveille, qui guette et prévient quand la police approche, le chouffeur est rétribué en argent ou en produit

² « Balance » en argot, personne qui donne des renseignements à la police

3) PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai décidé de m'appuyer sur ces expériences à partir de mon enfance et mon adolescence en banlieue dans les années 1970, mon expérience auprès de toxicomanes dans les années 1990 et celle auprès d'habitants et de jeunes de quartiers populaires depuis 2003.

Définitions :

C'est donc naturellement que j'ai décidé de me pencher sur les problèmes de consommations de drogues, particulièrement dans les quartiers difficiles et sur les partenariats possibles entre les intervenants en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée afin d'améliorer l'accompagnement des consommateurs pour de leur permettre de réduire les risques liés aux consommations et de les aider à accéder aux soins.

Aujourd'hui on parle d'addictologie, c'est l'étude des addictions. La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives définit l'addiction de la façon suivante :

« Addiction ou dépendance ?

Le terme « dépendance » est couramment employé pour parler de la dépendance à l'usage d'une substance psychoactive dont l'absence de consommation entraîne un malaise psychique, voire physique, incitant le consommateur devenu dépendant à reprendre sa consommation et à la pérenniser. Des recherches conduites dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons, ont montré que la notion de dépendance est en fait bien plus large et englobe aussi les « toxicomanies sans drogue ». Le terme « addiction » est plutôt retenu pour regrouper les toxicomanies et les dépendances sans produits.

L'addiction est une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée voire parfois totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier à l'égard :

- d'un produit : drogue, tabac, alcool, médicaments...
- d'une pratique : jeux, achats, sexe, internet...

Plus récemment on a mentionné la possibilité d'une addiction à tout ou presque : le travail, (workaholisme), le sport etc.³ ».

³ <http://www.drogues.gouv.fr>

Pour Etienne Matter représentant d'ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) : « Par définition, l'addictologie est une science pluridisciplinaire. Elle n'appartient ni à la médecine, ni à la psychologie ou à la psychiatrie, ni à l'intervention sociale. L'addictologie est au cœur de ces trois sciences et ne doit surtout pas réduire l'individu à un dosage de produits ou à un suivi psychologique⁴. »

Question de départ :

« Quels sont les partenariats possibles entre les intervenants en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée afin d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogues, la prévention des addictions, les rechutes, la réduction des risques ? »

Problématique :

Je choisis de travailler sur les problématiques liées aux consommations de drogues dans les quartiers populaires. L'homme a toujours consommé des drogues tout au long de l'histoire, selon différents rituels, à différentes fins. Le phénomène s'est largement développé au XXème siècle, particulièrement après la seconde guerre mondiale et à la fin des années 1970 où les phénomènes de toxicomanie se sont massifiés parallèlement à des phénomènes sociétaux, notamment dans les quartiers populaires.

Les acteurs sociaux ou médico-sociaux qui interviennent en addictologie et en prévention spécialisée sont experts dans leur domaine d'intervention mais ne se connaissent pas ou peu. Une meilleure connaissance des uns et des autres, basée sur un partenariat formalisé faciliterait l'accès aux soins des usagers et favoriserait la réduction des risques.

Concernant les intervenants en addictologie, je pense particulièrement aux personnels des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) anciennement Centres d'Accueil pour Toxicomanes et aux personnels des Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD).

Les CSAPA résultent de la fusion entre les anciens centres d'accueil en toxicomanie et les anciens centres d'accueil en alcoologie. Ils ont pignon sur rue, ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes ou addictologues, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, animateurs etc.). Ils accueillent des personnes qui ont des problèmes d'addictions au sens large du terme du type consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, médicaments etc.) ou comportementales (jeux, sexualité, internet,

⁴ http://ww.hepatites_info_service.org

sport, travail compulsifs etc.) appelées aussi addictions sans produit. Le CSAPA peut aussi recevoir la famille ou les proches qui ont aussi des choses à dire sur ce qu'ils vivent, sur la personne concernée et son addiction, ainsi que toute personne qui se questionne sur ses propres consommations ou conduites à risque. Le CSAPA a une mission d'information, d'évaluation et d'orientation, de prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Les CSAPA proposent une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) adressée aux mineurs et à leur famille.

Certains CSAPA gèrent des hébergements individuels ou collectifs du type appartements thérapeutiques, centres thérapeutiques résidentiels ou postcures, réseaux de familles d'accueil. Le CSAPA reçoit individuellement le public sur rendez vous, il est anonyme et gratuit, il reçoit aussi des personnes en obligation de soins ou en injonction thérapeutique. Il est aussi prescripteur de traitements de substitution aux opiacées (méthadone ou buprénorphine (subutex)).

Le CAARUD est un lieu ouvert au public, il accueille et accompagne des personnes qui ne sont pas prêtes à s'engager dans une démarche de soins et exposées aux risques liés à l'addiction notamment pour des plus marginalisées (VIH, hépatites, oedèmes, infections diverses, mode de consommation, conduites à risques, accidents etc.). Il a une mission d'accueil, d'information et de conseil, d'aide à l'hygiène (douche, lave linge, sèche linge etc.), d'accompagnement aux soins médicaux et de dépistage, d'accès au droits fondamentaux (logement, accompagnement des personnes vers le droit commun, insertion socio-professionnelle etc.). Il met à disposition des kits d'injection, des préservatifs, récupère les seringues et le matériel usagés. Il a une mission d'intervention de proximité au près des publics toxicomanes afin d'entrer en relation avec eux.

Le CAARUD accueille de façon conviviale et collective lors de permanences, individuellement pour des accompagnements médico-sociaux, la consommation de drogue et d'alcool est interdite dans la structure.

« Les CSAPA et les CAARUD sont des centres médicaux-sociaux gérés par des hôpitaux ou des associations du type loi 1901, ils sont financés par les Agences Régionale Hospitalières (ARS)⁵ ».

Les acteurs de la prévention spécialisée ont une bonne connaissance de leurs territoires d'intervention, des codes, des jeunes et de leurs familles. Ils n'ont pas de compétences spécifiques dans le domaine de l'addictologie. Les actions de la prévention spécialisée ont une

⁵ <http://www.drogues-info-service.fr>

fonction préventive au sens large du terme y compris au niveau des drogues dans le sens où les jeunes qui sont suivis par des éducateurs de la prévention spécialisée ont des interlocuteurs privilégiés à qui ils peuvent confier leurs préoccupations. Même si le sujet de la drogue est rarement abordé frontalement, les jeunes parlent plus facilement des consommations des autres. Les mères de familles abordent le sujet car elles s'inquiètent à propos d'éventuelles consommations de leurs enfants. Mais de manière générale, le sujet est peu abordé, c'est la loi du silence qui prime, probablement du fait, me semble-t-il du manque de compétence et de connaissance de la prévention spécialisée dans ce domaine.

Un partenariat construit et formalisé, porté au niveau institutionnel des différentes structures concernées (service de prévention spécialisée, CSAPA, CAARUD) permettrait une meilleure connaissance des uns, des autres et des pratiques. Des échanges entre professionnels volontaires permettraient aux uns de partager des temps de travail avec les autres et de se former mutuellement, ainsi que des temps de formation spécifiques par les professionnels en addictologie.

Ainsi, les intervenants en addictologie permettraient d'approfondir les connaissances des acteurs de la prévention spécialisée qui eux mêmes pourraient leur présenter leurs territoires d'intervention, leurs façons d'aller vers les jeunes, partager leurs expériences et faire du travail de rue ensembles.

Avec une meilleure connaissance de l'intervention en addictologie, la prévention spécialisée pourrait faciliter la mise en lien voire accompagner les usagers de drogue ou leur famille vers le CSAPA au moins la 1^{ère} fois. Si l'éducateur en prévention spécialisée explique qu'il connaît bien le CSAPA, les personnes qui y travaillent et qu'il a confiance en eux, il facilitera la rencontre, en expliquant ce qui va se passer.

D'autre part, le CSAPA ou le CAARUD pourraient solliciter le service de prévention spécialisée pour intervenir dans divers accompagnements sociaux de droit commun pour des personnes de leur territoire d'intervention. Il peut s'agir de problèmes de surendettement, de scolarité, de logement, de formation, de loisirs etc. qui font partie des missions ordinaires de la prévention spécialisées.

L'objet de mon mémoire :

« Le partenariat entre les intervenants en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée pour améliorer l'accompagnement des usagers de drogues, la prévention de la toxicomanie et la réduction des risques. »

Hypothèses :

- C'est en développant des partenariats formalisés entre les acteurs de la prévention spécialisée et les intervenants en addictologie, en mutualisant leurs compétences spécifiques que l'on pourra améliorer la prévention des addictions, l'accompagnement des usagers de drogues quels que soient leur type de consommation, éviter la rechute. Les intervenants en addictologie ont une bonne connaissance de l'accompagnement, de la clinique, des différentes thérapies et orientations possibles pour les usagers de drogues. Les acteurs de la prévention spécialisée connaissent les territoires, les habitudes, l'environnement social, les familles, les codes et la culture des quartiers. Il existe plusieurs formes d'accompagnement des usagers de drogue. L'accompagnement pendant la période de consommation, l'accompagnement vers le soin, pendant et après le soin... Une bonne connaissance des différents acteurs et des différents dispositifs permettrait d'optimiser les compétences de chacun.

- Une bonne connaissance des politiques de réduction des risques est nécessaire afin de permettre aux usagers de drogues de ne pas trop « s'abîmer » physiquement, moralement, socialement et psychologiquement. La réduction des risques permet de se protéger soi-même, mais aussi autrui.

- La lutte contre la drogue, contre les usagers de drogues, la « bonne morale » et les sanctions ont montré leurs limites et ne résolvent pas le problème des addictions, elles isolent, culpabilisent et marginalisent davantage les consommateurs.

Je vais maintenant aborder la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce mémoire et pour le protocole d'enquête.

4) METHODOLOGIE :

Méthodologie du mémoire :

Dans un 1^{er} temps, j'ai recueilli des données : ouvrages, articles, sites internet, émission de télévision etc. en évitant de tomber dans la psychologisation ou la médicalisation à tout va à propos de mon sujet. J'ai tenté de me concentrer sur l'aspect sociologique, même si la sociologie s'est penchée depuis peu sur les addictions. J'ai ensuite tenté de sérier mes idées dans un ordre chronologique, toutes les civilisations ont consommé des drogues depuis la nuit

des temps mais selon des codes et des rituels différents. J'ai tenté de faire part de mes expériences professionnelles et personnelles autour de ma thématique, j'ai grandi dans des quartiers populaires dans les années 70, période charnière en terme de sociologie de la jeunesse, j'ai eu une expérience de 10 ans dans un centre de post cure pour toxicomanes dans les années 90 et plus de 10 ans dans un service de prévention spécialisée dans les années 2000-2010. J'ai donc tenté de faire des ponts entre ces diverses expériences et les évolutions sociologiques, ainsi qu'à travers de l'évolution de la prévention spécialisée qui est un mode d'intervention sociale relativement récent, les premières expériences s'étant déroulées à la fin de la 2^{ème} guerre mondiale, puis une quête de légitimité et de reconnaissance qui s'est concrétisée en 1972. Pour le contexte, j'ai tenté de mettre en parallèle ces différentes évolutions d'un point de vue historique, culturel, sociologique, mais aussi les aspects psychologiques, médicaux et législatifs liés aux usages de drogues. J'ai élaboré ce mémoire de façon empirique en m'appuyant aussi sur mes expériences personnelles et professionnelles.

Méthodologie d'enquête :

Je me suis inspiré de l'ouvrage de Jean-Claude Kaufmann « L'Enquête et ses méthodes - l'entretien compréhensif⁶ » pour les entretiens avec les habitants. Je n'avais pas d'idée précise de l'objet de mon mémoire, de la problématique et des hypothèses qui se sont construites au fur et à mesure de l'avancée de mon enquête.

J'ai choisi les quartiers Nord d'Hermanville comme terrain d'enquête. J'ai commencé par un diagnostic territorial afin de resituer le cadre de mon enquête, ce diagnostic est important dans le cadre d'un travail d'ingénierie sociale dans la mesure où il illustre l'environnement de la recherche, c'est une forme d'état des lieux non exhaustif. Ce sont des territoires que je connais bien et où je suis connu. Le travail d'approche des habitants est me semble-t-il le plus difficile dans ce type d'enquête il s'inscrit dans la durée, plus particulièrement avec la problématique que j'ai choisi d'étudier. Comme nous l'avons vu, c'est la loi du silence qui règne sur les questions de la consommation ou du commerce de drogue. Je pense qu'il m'aurait été impossible d'enquêter sur d'autres quartiers ou dans une autre ville compte tenu du temps qui m'était imparti.

J'ai construit mon enquête à partir de 3 récits de vie de 3 habitants :

- Cédric, 35 ans, héroïnomane depuis l'âge de 18 ans.

⁶ J.-C. Kaufmann, 2011, 2013 pour la présente édition. *L'enquête et ses méthodes – L'entretien compréhensif*, éd. Armand Colin.

- Alain, 32 ans, habitant du quartier confronté aux problèmes de drogue dans sa famille.
- Mme J., 44 ans, mère de 2 enfants habitante depuis d'une cité où règne une partie du trafic de drogue.

J'ai rencontré un certain nombre de professionnels sur la base d'entretiens semi-directifs (psychiatre, pharmacien, directrice adjointe, une éducatrice du CSAPA et une stagiaire CAFERUIS, 2 éducateurs du CAARUD et 2 éducateurs du service de prévention spécialisée). J'ai eu l'opportunité de participer à une réunion avec une trentaine de personnes en vue de la formalisation d'un partenariat entre le CSAPA et un des internats de l'ADPEA (l'association qui m'emploie en prévention spécialisée). La direction du CSAPA (directrice et directrice adjointe) et 4 travailleuses sociales, le chef de service et les équipes de l'internat, un stagiaire CAFERUIS et moi-même participions à cette réunion.

J'ai été bien reçu par l'ensemble des personnes que j'ai interviewées, je n'ai pas eu de mal à m'extraire de ma fonction de professionnel de la prévention spécialisée et me à mettre dans la peau d'un ingénieur social. J'ai senti une volonté de collaborer dans la démarche d'enquête, j'ai réussi à maîtriser le temps imparti et à recentrer les échanges sur le sujet.

5) LES LIMITES DE L'ENQUÊTE :

J'ai eu quelques difficultés à fixer une date pour certains rendez-vous, j'appelais le secrétariat qui laissait des messages avec mes coordonnées mais sans retour. Le hasard a fait qu'un de mes collègues connaissait la personne, qu'on s'est croisés dans la rue et qu'on a pu se fixer une date.

J'ai cherché à prendre contact avec un médecin addictologue reconnu à Hermanville, je lui ai envoyé plusieurs E-mails, il m'a répondu bien plus tard qu'il travaillait maintenant sur Paris mais qu'il revenait parfois à Hermanville et qu'il pouvait m'accorder du temps mais je n'ai pas eu de nouvelles.

Je voulais rencontrer le responsable du commissariat des quartiers Nord, j'avais déjà eu l'occasion de le rencontrer. J'ai eu du mal à le joindre au téléphone, il m'a demandé de faire d'adresser un courrier de demande d'interview à son supérieur hiérarchique au commissariat central pour expliquer l'objet de ma recherche (cf. annexe p. 119). J'ai fait cette demande écrite, j'ai reçu un appel téléphonique un mois et demi environ après d'une femme policière chargée de la prévention en matière de stupéfiants me demandant de lui envoyer par mail les questions que je compte lui poser. J'ai envoyé le mail et je n'ai pas reçu de réponse à ce jour.

Je vais maintenant aborder le contexte de ma recherche afin de définir, illustrer, clarifier et affiner l'objet de mon mémoire.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTUALISATION, UNE APPROCHE
CHRONOLOGIQUE

I - UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE :

1) LA CONSOMMATION DE DROGUES, UNE HISTOIRE CULTURELLE ANCIENNE :

D'un point de vue historique et culturel, l'homme a toujours consommé des drogues, à des fins guerrières, intellectuelles, religieuses, alimentaires, médicales ou mystiques. Dans les sociétés traditionnelles, les consommations de drogues étaient (et le sont encore) ritualisées, organisées, contrôlées et régulées par un chef, un chamane, un sorcier, un prêtre, un médecin ou un officier...

Chaque civilisation a ses propres drogues : la feuille de coca en Amérique du Sud, la feuille de khat en Afrique orientale, l'opium en Orient, l'alcool en Occident.

Pour le sociologue Henri Bergeron⁷, l'opium était déjà utilisé en 3500 avant Jésus-Christ. Toutes les civilisations de l'Antiquité utilisaient le pavot et l'opium. Pour Hippocrate, l'opium était un médicament contre la douleur, au Moyen Âge, le monde arabe utilisait des capsules de pavot.

Au XIX^{ème} siècle, l'opium est consommé en Angleterre puis en France, alors qu'il était utilisé en Chine depuis longtemps, mais seulement par certaines couches sociales.

Les colonisateurs commercent les différentes drogues tant qu'ils sont dans les colonies, les interdits tombent après leur départ.

Les Anglais qui se sont installés au Bengale ont ouvert le marché de l'opium vers la Chine. En 1850, on dénombre 2 millions d'opiomanes en Chine, ils seront 120 millions en 1878. Les marins transportent l'opium en Angleterre et vers les Amériques. L'opium est prisé dans les milieux littéraires (Charles Baudelaire, Edgar Poe etc.).

La France commercialise l'opium en Indochine. On pouvait trouver 200 fumeries d'opium à Toulon au début XX^{ème} siècle, c'était une drogue accessible, en vente libre et peu onéreuse.

La morphine a été utilisée en chirurgie comme anesthésique pendant la guerre de sécession et la guerre de 1870.

Le mot « toxicomanie » apparaît en médecine dans les années 1880. La seringue a été inventée pour injecter la morphine, elle aurait favorisé l'augmentation du nombre de toxicomanes. La morphine a le pouvoir de soulager la douleur rapidement, elle est prisée dans

⁷ H. Bergeron, 2009. *Sociologie de la drogue*, Paris, éd. La Découverte.

les milieux médicaux et mondains. C'est au moment où les catégories sociales ouvrières ou pauvres commencent à en consommer que le corps médical contrôle les prescriptions afin d'éviter les dangers d'une trop grande augmentation des consommations de drogue.

Parallèlement à l'essor de l'industrialisation, à l'émergence de la classe ouvrière, on assiste à une augmentation des consommations d'opium dans les classes ouvrières au début du XXème siècle : « En Grande-Bretagne, foyer de la révolution industrielle, nombres de consommateurs sont paysans ; mais beaucoup d'autres travaillent en usine et habitent les grands ensembles urbains. Et on s'inquiète du fait que l'opium puisse diminuer la productivité et/ou provoquer des actes d'incivilités ou antisociaux⁸. » Le diacéylmorphine ou héroïne est découvert en 1898, c'est un produit dérivé de la morphine, elle même extraite de l'opium qui est obtenu à partir du pavot. L'héroïne est un puissant anesthésique, elle sert aussi à désintoxiquer les morphinomanes. Le traitement est efficace mais la dépendance est encore plus grande, l'héroïne est plus addictive que la morphine, elle va connaître une première vague de succès jusqu'à la fin de la première guerre mondiale.

Fin XIXème aux USA, le profil type du drogué est plutôt féminin, blanc, de classe supérieure ou moyenne, dans la quarantaine, dépendant de la morphine. Début XXème « il s'agit avant tout de jeunes hommes blancs, nés sur le sol américain, et souvent de parents immigrés. Ils habitent plutôt dans des zones urbaines, en particulier à New York et à Philadelphie, sont souvent sans emploi et membres de gangs. L'usage d'héroïne devient également fréquent parmi les délinquants et les petits criminels, les prostituées. (...) L'usage intensif et la toxicomanie seraient, cette fois, le résultat d'un engagement volontaire, à la recherche de plaisirs nouveaux ou d'évasion⁹. » Le phénomène se développe un peu partout dans le monde occidental parallèlement à l'industrialisation, l'émergence de la classe ouvrière, du commerce et du capitalisme.

Le jazz est né à la Nouvelle-Orléans, Il est joué par la population noire, c'est la musique des ghettos et de l'improvisation. Les noirs consomment du cannabis et de l'opium, les blancs vont s'intéresser à cette musique, fréquenter les clubs de jazz. Dans les années 30, vont naître les premières lois sur le cannabis « assassins de la jeunesse ».

Aux Etats-Unis, l'après guerre a été marquée par une évolution, de nouveaux concepts, on assiste notamment à une nouvelle forme de la culture adolescente.

⁸ *Ibid.*, p. 16

⁹ *Ibid.*, p. 16

.2) L'APRES GUERRE, L'EMERGENCE DE LA CULTURE ADOLESCENTE AUX ETATS UNIS :

Après la seconde guerre mondiale aux Etats Unis, on assiste à la naissance de la contre-culture, de la musique folk contestataire, la consommation de cannabis est liée à ces événements.

Le rock 'n' roll naît dans les années 50, il n'est pas contestataire à ses débuts. Une culture juvénile émerge, premières presses adolescentes, modes vestimentaires, concepts d'adolescence, culture contre les parents, assises culturelles.

Au début des années 60, on assiste à une rencontre du folk et du rock 'n' roll. Il en résulte une montée de la contestation et de la consommation des drogues « douces » (cannabis, hallucinogènes) chez les jeunes.

Le mouvement hippie naît en Californie à cette époque. Timothy Leary, docteur en psychologie à l'université de Harvard, fait des expériences en consommant des champignons hallucinogènes. En 1961, il continue ses expériences avec certains des étudiants et son assistant Richard Alpert. Par la suite, ils feront des expériences sous LSD.

En 1962, beaucoup d'étudiants d'Harvard consomment du LSD, puis dans toute la Californie. À l'automne 1962, Timothy Leary fonde l'Internationale Fondation for International Freedom (fondation internationale pour la liberté internationale), c'est de ce mouvement que sortiront les premiers hippies.

En 1963, Leary et Alpert sont exclus d'Harvard. En 1964 Leary fonde « Revue psychédélique ». Le mouvement hippie se développe dans tous les États-Unis. En 1966, les premières communautés hippies s'installent à San Francisco, dans les forêts californiennes et à New York. L'usage de la drogue s'étend sur tous les États-Unis, des campagnes contre la drogue s'organisent, particulièrement contre le LSD.

Le mouvement hippie s'oriente vers la mystique hindoue, la quête du sacré, une vie en marge de la société, la création d'une contre-culture, de nouvelles musiques, dans le rejet de toutes formes de violences et d'autorité. Le mouvement s'oriente vers un monde et un avenir meilleur, une meilleure compréhension de soi et des autres. Le cannabis et les hallucinogènes permettent d'arriver à ces fins, ils facilitent le lien social à l'intérieur du groupe tout en diminuant la violence. Le mouvement hippie s'est ensuite répandu dans les pays anglo-saxons, dans les pays nordiques, en France et dans le reste de l'Europe. Il s'éteint au début des années 70 car sa philosophie est utopique.

La sociologie va commencer à s'intéresser aux phénomènes de consommation de drogues en France dans les années 60.

II - APPROCHES SOCIOLOGIQUES, MEDICALES, PSYCHOLOGIQUES ET JURIDIQUES :

1) LA CONSOMMATION DE DROGUES, LES PREMIERS REGARDS SOCIOLOGIQUES DANS LES ANNEES 1960 EN FRANCE :

Pour Henri Bergeron, l'usage de substances psychoactives est un fait social établi. Il peut être occasionnel, récréatif, régulier, quotidien, compulsif voire se transformer en dépendance qui mène à la toxicomanie. Les drogues courantes (cannabis, cocaïne, héroïne etc.) sont classées comme stupéfiants. La perception sociale des usagers de drogues et des toxicomanes est liée au vice, la marginalité, la délinquance...

L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes agissent aussi sur la conscience, ils peuvent aussi conduire à la dépendance et à l'addiction mais ne sont pas classés comme stupéfiants. La classification des produits stupéfiants, c'est à dire illicites, relève d'un arbitraire social et culturel.

La sociologie s'est intéressée aux usages de drogues lors de leur massification dans les années de 1960 dans les pays occidentaux, puis aux problèmes liés à la dépendance et au classement arbitraire des produits stupéfiants. Cependant, le potentiel addictif de certaines drogues ne suffit pas à expliquer à lui seul les phénomènes de dépendance pour Henri Bergeron. La consommation excessive de drogues, la dépendance engendrent des complications au niveau médical.

2) L'ASPECT MEDICAL :

Au niveau médical, les consommations occasionnelles, récréatives ou passagères ne présentent généralement peu ou pas d'incidence à l'arrêt de la consommation quelque soit le produit consommé, licite ou illicite (drogues, médicaments détournés, alcool, tabac etc.).

La médecine générale peut intervenir à tout moment pour soigner les problèmes directement liés à la consommation, notamment pour les injecteurs qui peuvent présenter des oedèmes, des infections liées au matériel d'injection non stérile (seringue, cuillère, filtre, eau etc.). Pour les inhaleurs (sniffeurs), il peut s'agir d'infection ou de perforation de la cloison nasale, de

pathologies pulmonaires etc., les fumeurs (tabac, cannabis etc.) peuvent développer des pathologies pulmonaires, cancers, troubles cardiaques etc. Toutes les drogues peuvent déclencher des décompensations psychiatriques sous-jacentes.

Le risque majeur au niveau médical, c'est le surdosage ou overdose, qui peut mener au coma et à la mort s'il n'est pas pris en charge rapidement par une équipe médicale. Toutes les drogues n'entraînent pas ce problème, les principales sont :

- L'héroïne
- La cocaïne
- L'alcool
- Un certain nombre de médicaments psychotropes.

L'association de plusieurs produits augmente les risques d'overdose.

3) **LES ADDICTIONS :**

La dépendance physique :

La dépendance physique ou l'addiction s'installe à plus ou moins long terme à partir du moment où la personne n'a plus le contrôle sur le ou les produits qu'elle consomme, le passage à la dépendance est plus ou moins long en fonction des produits consommés. Certains produits sont plus addictifs que d'autres tels les opiacés, la cocaïne ou le tabac, mais tout dépend de la nature de la relation qui s'instaure entre l'utilisateur et le produit. Ainsi certains pourront rester au stade récréatif, festif ou occasionnel pendant des années avec n'importe quel produit, alors que d'autres, dans un contexte personnel, social, psychologique ou familial différent risquent de tomber dans l'addiction.

Les opiacés (Héroïne, morphine, codéine etc.), certains médicaments (benzodiazépines, barbituriques etc.), l'alcool etc. peuvent engendrer la dépendance physique. Dans ce cas, l'organisme réclame sa dose quotidienne, l'arrêt de la consommation crée un état de manque. Il est caractérisé par des douleurs diverses telles que crampes, nausées, insomnies, fièvres, angoisse, anxiété, irascibilité et une envie incontrôlable de consommer. L'état de manque est comparable à une grippe plus ou moins forte en fonction du degré d'intoxication, le malaise réduit peu à peu et dure entre une et deux semaines. Le sevrage ou cure de désintoxication peut se faire seul, en ambulatoire (chez soi avec un suivi médical), en milieu hospitalier ou en structure spécialisée.

Toutes les substances psychoactives n'engendrent pas de dépendance physique, c'est le cas de la cocaïne, du cannabis, du LSD, de l'ecstasy etc.

Au delà de la dépendance physique, toutes les formes d'addictions aux substances psychoactives engendrent de la dépendance psychologique.

La dépendance psychologique :

Au niveau psychologique, le travail à engager est bien plus complexe et bien plus long que pour traiter le sevrage physique. La dépendance psychologique est caractérisée par une sensation de malaise, d'angoisse ou de dépression, une envie irrésistible de consommer même après le sevrage physique. Reste à faire le deuil du plaisir apporté par le produit, à se défaire d'une identité de toxicomane, à trouver d'autres intérêts dans la vie, de nouveaux appuis, éviter de rencontrer ses anciennes fréquentations, les lieux de consommation ou de deal, regagner la confiance de son entourage. C'est une phase critique qui peut durer des mois voire des années pendant laquelle le risque de rechute demeure. La voie de l'abstinence est un chemin difficile car l'addiction a laissé une empreinte que l'organisme a mémorisée, le fait de reconsommer ne serait-ce qu'une fois peut relancer le processus de la dépendance. Combien de fumeurs se sont laissés aller à fumer une ou plusieurs cigarettes, même après plusieurs mois ou années après l'arrêt du tabac et ainsi relancer le processus de l'addiction, c'est à dire reprendre leur tabagie au point où elle en était en quelques jours ou semaines. J'ai été moi même concerné à plusieurs reprises, à chaque rechute j'ai augmenté ma consommation de cigarettes de façon conséquente, c'est pourquoi depuis mon dernier arrêt en 2008 je n'ai pas touché une seule cigarette car j'en connais les conséquences. Il en est de même pour toutes les autres substances psychoactives, le bien être qu'elles procurent prend le pas dans la mémoire sur tous les inconvénients et problèmes qu'elles engendrent. Toutefois la rechute n'est pas forcément un échec, elle peut être une étape vers la guérison, c'est à la personne de comprendre ce qui a provoqué la rechute ainsi que l'environnement afin de ne pas se faire surprendre à nouveau. La rechute, si elle est passagère et occasionnelle n'a pas forcément d'incidence mais si elle relance le processus de dépendance, c'est pour une période indéterminée qui peut se compter en mois ou en années. L'erreur c'est de croire qu'une consommation occasionnelle, récréative ou modérée d'un produit dont on a été dépendant est possible ou gérable, le contrôle est possible mais le risque de retomber dans l'addiction est grand.

Le traitement de la dépendance psychologique :

Sur le plan psychologique, pour Pascal Couderc psychanalyste, psychologue clinicien spécialiste des addictions, la toxicomanie n'est pas un effet du hasard, il rappelle la théorie

triangulaire de Claude Olievenstein que la toxicomanie est « la rencontre de la rencontre du produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel¹⁰ ». Dès sa naissance, l'homme se construit sur un état de dépendance primaire dans la relation mère enfant. La faim met le nourrisson dans un état de souffrance telle qu'il l'exprime par des pleurs et des cris dans l'attente de la tétée ou du biberon. L'allaitement vient immédiatement soulager la souffrance, apaiser le bébé et générer du plaisir et du bien être, il est dans un état de dépendance totale vis à vis de sa mère.

Peu à peu, le nourrisson intériorise et mémorise que face au besoin et à la frustration il y a de l'apaisement, du plaisir et de la jouissance. Le bébé intègre progressivement que même si sa mère s'absente un certain temps de la pièce, il apprend à attendre son retour, c'est l'émergence du désir qui se construit à partir du manque de la présence de la mère, il se sent en sécurité et anticipe le retour de sa mère. Avec le désir, la mère devient « objet d'amour » variable en fonction de la qualité de la capacité à s'adapter aux phases d'absence/frustration et de présence/satisfaction.

Tant que l'équilibre dans la relation mère enfant se maintient, celui-ci pourra évoluer de façon harmonieuse et apprendre au fur et à mesure des années à s'autonomiser.

Dans le cas contraire, l'enfant risque de se construire sur des bases de frustrations, de besoins insatisfaits liés au manque sans pouvoir accéder au désir. Dans ce cas, la relation mère enfant risque de se construire sur du « trop » ou « trop peu » de présence maternelle et de maternage lors de la petite enfance. Dans le cas du « trop », la mère surprotège et étouffe son enfant sans lui permettre d'accéder à l'autonomie. Le trop peu se vit comme un abandon, l'enfant ne se sent pas digne d'être aimé et culpabilise autour d'une blessure narcissique forte dont il se sent coupable.

La fonction paternelle est aussi importante, il incarne la loi symbolique, c'est à dire l'interdit de l'inceste. C'est cette fonction qui permet à l'enfant de se détourner de sa mère premier objet d'amour et de s'orienter vers d'autres objets afin de se socialiser et de s'autonomiser. La loi symbolique est structurante, elle vient rompre la relation exclusive mère enfant.

La période de l'adolescence est aussi une phase d'expérimentation et de confrontation à l'autorité et aux interdits.

¹⁰ http://psychoparis.com/?page_id=136

L'adolescence :

L'adolescence est une phase de transition où se rejouent les conflits de l'enfance, l'adolescent n'est plus un enfant mais pas encore un adulte, c'est une période d'expérimentations diverses nécessaires. L'adolescent est confronté à des modifications physiques, morphologiques et hormonales intenses à la puberté, ainsi que psychologiques et identitaires. Il est dans une quête d'autonomisation et d'indépendance vis à vis de sa famille et de l'autorité en général, tout en étant dans la maîtrise de pulsions sexuelles nouvelles et à la recherche d'une identification sexuelle.

Face à ces conflits internes, la période de l'adolescence engendre souvent du mal-être, des troubles du comportement, de la dépression... La crise de l'adolescence s'installe, les conduites à risque en sont un symptôme, on retrouve ces conduites dans tous les milieux socio-professionnels. La prise de risque, plus ou moins importante peut être assimilée à une forme suicidaire inconsciente, un moyen de s'affirmer, de se sentir exister, de se différencier et/ou de s'apparenter à un groupe, de se construire une identité. Les pratiques à risques se retrouvent dans des comportements violents envers soi et/ou envers les autres, envers l'autorité (famille, enseignants, police, institutions, bandes rivales etc.). On parle de jeunes souvent en situation d'échec, notamment au niveau familial, social et/ou scolaire.

Les conduites à risques se retrouvent dans de nombreuses formes de délinquance (vols divers, agressions verbales ou physiques, destruction d'aménagements publics, incivilités (tags, incendies de poubelles, de véhicules, de locaux etc.). La conduite de véhicules (2 roues ou 4 roues) à des vitesses excessives, ou en dépit de toute règle de sécurité est aussi une forme de prise de risque. Tout comme les consommations abusives de drogues licites (alcool, tabac) ou illicites (cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) qui sont une forme de prise de risque contre soi. Ces comportements sont une mise en scène des conflits internes que vivent les adolescents qui n'ont pas l'opportunité de les verbaliser.

Les adolescents aiment expérimenter, c'est la périodes de nombreuses premières expériences, notamment en matière de sexualité.

En général, les premières consommations de drogues licites ou illicites se font en groupe, avec les « copains », c'est un moyen d'intégration au groupe, une forme de transgression collective qui franchit un interdit, une forme de rite initiatique, une recherche de plaisir et de sensations communes. Les premières expériences ne sont pas forcément plaisantes, elles peuvent mêmes être désagréables (vertiges, nausées, mal-être, angoisses etc.) ou ne faire aucun effet. Certains vont détester, d'autres vont demeurer indifférents, pour d'autres l'envie

d'aller plus loin dans la quête du plaisir, de la transgression, de l'interdit, de l'intégration au groupe sera plus forte.

Comme nous l'avons vu, les consommations récréatives, festives, occasionnelles et collectives n'ont pas d'incidences particulières.

Par contre, pour certaines personnalités fragiles, fondées sur des bases instables, sur des carences affectives, dans un environnement insécurisant, violent, étouffant, déstabilisant, l'initiation peut devenir un moment fort et unique dans son histoire. La drogue vient miraculeusement régler ou apaiser les conflits internes, les idées noires, les problèmes, le rapport aux autres... Si l'expérience se prolonge, sort de l'expérience initiatique, devient de plus en plus courante voire quotidienne, le risque est la perte du contrôle des consommations suivi par la dépendance, la toxicomanie est le symptôme d'un mal-être profond, d'une souffrance existentielle qui a pris racine dans la petite enfance ou dans l'enfance du sujet.

« Il n'existe pas de profile psychologique type de toxicomane ¹¹ ».

Le traitement psychothérapeutique d'un sujet toxicomane est variable d'une personne à l'autre en fonction de son histoire propre.

Toutefois, la structure psychologique du sujet a une incidence dans le traitement de l'addiction.

Les personnalités structurées sur un mode psychotique, sont minoritaires dans la population générale, la décompensation psychotique se caractérise par des angoisses de morcellement, de la paranoïa, des bouffées délirantes, des hallucinations (visuelles, auditives, olfactives), des confusions, c'est l'entrée dans la folie.

Dans ce cas, la drogue vient rétablir un sentiment d'unité, d'équilibre fragile qui vient apaiser les angoisses de morcellement et paranoïaques. La prise de drogue prend alors une fonction inconsciente contenante et apaisante au niveau psychique et évite des décompensations délirantes. Ce type d'addiction est particulièrement difficile à soigner, elle relève de la psychiatrie pour traiter le versant psychotique, généralement avec des traitements antipsychotiques (neuroleptiques) lourds, le sujet préfère généralement s'identifier à l'image du toxicomane plutôt qu'à celle de la psychiatrie (la folie).

Les personnalités construites sur un mode névrotique correspondent à la majorité de la population, la décompensation névrotique se caractérise par la dépression.

Chez les adolescents les conduites addictives peuvent être le symptôme d'un conflit oedipien non résolu, d'où l'importance du soutien de la famille, du partenaire et de l'entourage pour

¹¹ *Ibid.*

envisager un travail psychothérapeutique individuel, ou familial.

A la fin des années 1960, les jeunes consommateurs de drogues sont perçus comme des marginaux contestataires, la loi du 31 décembre 1970 et ses interdits forts devaient régler le problème.

4) LA LOI DU 31 DECEMBRE 1970 :

Cette loi s'intègre au code pénal, au code de la santé publique et au code des douanes :

- Le simple usage et les injonctions thérapeutiques relèvent du code de la santé publique.
- Le dealer de quartier est un trafiquant même si c'est pour financer sa consommation personnelle, il relève du code pénal.
- Le trafiquant à plus grande échelle relève du code des douanes.

La loi s'applique à toute forme d'usage, de trafic, quelque soit le produit, la consommation et le trafic de stupéfiants sont des délits.

Elle s'appuie sur un versant sanitaire avec la gratuité des soins et l'injonction thérapeutique et sur un versant répressif, l'usager est considéré à la fois comme un malade et comme un délinquant.

Le procureur de la république peut ordonner une injonction thérapeutique à un consommateur qui pourra rencontrer un médecin de son choix, un centre spécialisé agréé ou suivre une cure de désintoxication, ce qui aura pour effet de suspendre les poursuites pénales. En cas de récidive, le procureur de la république peut de nouveau ordonner une cure de désintoxication. Le refus de se soumettre à la décision ne constitue pas une infraction mais permet de reprendre les poursuites pénales selon l'avis du procureur de la république.

De la même manière, un usager de drogue peut se rendre dans un centre spécialisé pour des soins, une cure de sevrage ou un suivi thérapeutique, ces centres sont anonymes et gratuits et indépendants de la justice.

- L'usage de stupéfiants peut entraîner une peine d'un an de prison et de 3750 € d'amende¹².
- La vente en vue de financer sa consommation personnelle ou la cession de stupéfiants sont punies de 5 ans de prison et 75 000 € d'amende.
- La peine de prison peut aller à 10 ans si les stupéfiants sont cédés ou vendus à des mineurs

¹² Extrait du code de la santé publique.

dans un centre d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration.

- La provocation directe d'un mineur à consommer des stupéfiants est punie de 5 ans de prison et 100 000 € d'amende.
- Le complice du vendeur est puni par la loi même s'il n'a pas reçu d'argent.
- La productions ou la fabrication de stupéfiants sont punies de 20 ans de réclusion criminelle et de 7 500 000 € d'amende, ramenés à 30 ans si commis en bande organisée.
- Diriger, organiser un groupement qui produit, fabrique, importe, exporte, vend ou achète des stupéfiants est puni par de la réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 € d'amende.
- La tentative de l'une de ces infractions sera punie comme délit consommé, de même que l'association ou que l'entente en vue de commettre ces infractions.

Ces dernières lignes sont extraites du code pénal, elles montrent bien l'esprit de la loi du 31 décembre 1970, l'usager de drogue peut être poursuivi, s'il bénéficie d'une injonction thérapeutique ou d'une obligation de soins, les poursuites sont suspendues. Par contre la loi se veut particulièrement sévère à l'égard de tous ceux qui font le commerce ou organisent le trafic de stupéfiants.

La loi prévoit aussi des peines complémentaires telles que :

- L'interdiction d'exercer pendant 5ans au plus, la profession qui a servi au trafic, la fermeture du débit de boissons, du restaurant, du club et le retrait de la licence.
- La confiscation des stupéfiants, du matériel ayant servi à la fabrication et au transport des drogues, ainsi que celle des ustensiles, matériels et meubles des lieux où a été facilité l'usage de la drogue.

Les tribunaux peuvent prononcer :

- L'interdiction des droits civiques pendant 5 à 10 ans,
- L'interdiction de séjour de 2 à 5 ans,
- Le retrait du passeport,
- La suppression du permis de conduire pour 3 ans au plus.

Les pouvoirs de la police :

Pour les perquisitions, les Officiers de Police Judiciaire (OPJ) peuvent opérer à toute heure du jour ou de la nuit, des visites, des perquisitions ou des saisies dans les locaux où on consomme des stupéfiants et dans ceux où ils sont fabriqués ou stockés.

Les opérations de nuit dans un logement doivent faire l'objet d'une autorisation écrite du

procureur de la république ou du juge d'instruction.

La garde à vue est normalement fixée à 24h. Le juge d'instruction ou le procureur de la république peuvent donner l'autorisation de la prolonger de 24 à 48h00. Le procureur de la république doit désigner un médecin expert qui examinera la personne gardée à vue toutes les 24h00 et qui délivrera un certificat médical après chaque examen. La personne gardée à vue peut demander davantage d'examens médicaux.

Les pouvoirs du juge d'instruction :

Le juge d'instruction peut ordonner la fermeture provisoire d'un lieu public (débit de boisson, hôtel, club etc.) où ont été commises des infractions en terme de stupéfiants pour une période de 3 mois renouvelable.

La loi du 31 décembre 1970, s'est voulue particulièrement répressive afin d'enrayer le phénomène de consommations et de commerce de drogues. Les années qui suivirent ont démontré qu'elle n'est pas adaptée à la réalité du problème car les modes de consommation des années 60 ont beaucoup changé par la suite pour se massifier dans les années 70 et 80. La loi se veut répressive en voulant soigner à tout prix même contre l'avis des intéressés en visant un retour obligatoire et inconditionnel à l'abstinence.

5) LES ANNEES 70, CHANGEMENTS SOCIOLOGIQUES ET MASSIFICATION DES USAGES DE DROGUES :

Pour François Beck¹³, certains auteurs font un lien entre l'augmentation des consommations de drogues et l'adolescence des enfants du baby-boom des milieux favorisés dans un esprit de contre culture. Plus tard, l'augmentation des consommations concernera la jeunesse des classes populaires.

Les professionnels de santé tentent de changer l'image du toxicomane qui est perçu comme un délinquant en prenant en compte leur contexte social et leur précarité.

Au cours des années 70 on assiste à un changement de la population des usagers de drogues. Ils ne sont plus dans un discours philosophique ou idéologique. La crise économique s'étend

¹³ Beck F. et al., 2010, « Regards sur les addictions des jeunes en France », Sociologie (Vol. 1), p. 517-535

<http://ww.cairn.info/revue-sociologie-2010-4-page-517.html>

depuis le choc pétrolier de 1973, le chômage augmente, l'avenir est incertain, le commerce et la consommation de drogue « dures » s'installent.

Le mouvement punk naît à cette époque, il vient d'Angleterre avec les « Sex pistols » et les « Clashes », c'est un mouvement d'insurrection qui prône la violence. Le leitmotiv et de vivre vite, leur slogan « no future ». Beaucoup sont consommateurs d'alcool, d'amphétamines, d'héroïne...

L'héroïne se consomme dans tous les milieux et de plus en plus dans les banlieues des grandes villes. On assiste alors à une forte augmentation des diverses formes de toxicomanies.

6) DES NOUVEAUX DISPOSITIFS :

C'est au cours de cette décennie que vont se développer les centres de soins spécialisés en toxicomanie :

- Il s'agissait des centres d'accueil en toxicomanie aujourd'hui Centres Spécialisés d'Accueil et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centres de cure spécialisés ou hospitaliers
- Centres de postcure ou centres résidentiels thérapeutiques.

On parlait alors de « Chaîne thérapeutique », la suite logique étant de se présenter à un centre d'accueil, de se sevrer physiquement et d'entamer le sevrage psychologique ensuite via les centres de postcure. L'objectif principal étant à l'époque d'en finir avec toute forme de drogue illicite et de vivre dans l'abstinence.

Aujourd'hui, l'abstinence n'est plus prônée comme seul moyen de sortie de la dépendance, la substitution est une alternative thérapeutique pour ceux qui ne peuvent pas accéder à l'abstinence. On parle aujourd'hui de dispositif de soins en addictologie, c'est à dire qu'une personne souffrant de problématique addictive peut entrer dans le dispositif à n'importe quelle étape du dispositif qui s'est étoffé depuis avec les CAARUD, les structures d'appartements thérapeutiques ou les réseaux de familles d'accueils...

Parallèlement à ces dispositifs, la prévention spécialisée va elle aussi se légitimer dès le début des années 70.

7) LES ANNEES 80, UN CONTEXTE SOCIOLOGIQUE ET ECONOMIQUE DIFFICILE :

Les années 80 sont marquées par la massification des consommations de drogues, c'est aussi le déclin de l'état de l'état providence, la crise économique s'inscrit dans la durée.

La sociologie s'intéresse au problème assez tardivement, pour François Beck¹⁴, la consommation de drogues n'est plus seulement un délit mais s'inscrit dans un parcours de vie. L'usage de drogues est devenu un problème social dans les années 1980 avec l'arrivée du SIDA, la répression des consommateurs s'est renforcée. Le problème s'est focalisé sur la consommation des jeunes. La sociologie s'est penchée tardivement sur le problème (années 1980), elle permet de comprendre les processus des consommations de drogues en tant que phénomène social, elle a fait évoluer la vision purement morale et sanitaire du sujet à partir d'enquêtes qualitatives et quantitatives dans les années 1980/1990.

Par contre, il n'y avait pas de traitement pour le SIDA, il a donc fallu mettre en place des politiques de réduction des risques.

8) LA REDUCTION DES RISQUES :

Les politiques de réduction des risques ont vu le jour avec le SIDA, particulièrement auprès des consommateurs par injection en proposant des traitements de substitution à partir de 1995. La substitution est un moyen thérapeutique de se sevrer des opiacés, particulièrement de l'héroïne. Les principaux produits de substitution sont la méthadone et la buprénorphine (subutex), ils n'ont aucun effet sur d'autres drogues que les opiacés. La substitution est prescrite par des médecins avec des protocoles particuliers. C'est aussi une stratégie thérapeutique qui s'est adaptée à l'augmentation du phénomène toxicomaniaque pour un coût moindre que les structures spécialisées en addictologie.

L'objectif est d'arriver à diminuer progressivement le dosage, chaque cas est différent, pour certains le traitement peut durer des années, voire à vie, pour d'autres il est possible d'envisager la diminution jusqu'à l'abstinence.

Le médecin ou le patient choisit un pharmacien référent qui a un rôle de contrôle, de conseil et d'information à propos du traitement. Le nom, l'âge et l'adresse du patient et celle du pharmacien doivent apparaître sur l'ordonnance. La substitution permet de supprimer les

¹⁴ Ibid.. p. 522.

effets du manque, elle permet d'accéder à une vie sociale ordinaire sans avoir à se soucier de courir après l'argent ou le dealer et de faciliter la rupture avec l'environnement addictogène (dealers, fréquentation, mode de vie etc.). La substitution n'a aucun effet sur le manque psychologique, le patient doit donc si possible se faire aider au plan psychologique pour éviter la rechute vers l'héroïne ou une autre drogue licite ou illicite. Si on considère l'addiction à l'héroïne comme une maladie, la substitution en est son médicament, mais elle n'est pas suffisante pour régler le problème de fond, le patient a sa part de travail personnel pour faire le deuil de son addiction. L'addiction ne s'arrête pas le jour où commence le traitement de substitution.

La méthadone est prescrite dans un premier temps par un médecin qui travaille dans un CSAPA ou un hôpital, elle est distribuée sous forme de sirop au départ du traitement. Au début le patient vient prendre sa méthadone quotidienne au centre devant l'équipe soignante, en cas de contrôle positif de stupéfiants le médecin prescripteur peut interrompre le traitement. Quand le traitement se passe bien, le médecin prescrit la méthadone pour des périodes de 14 jours et le pharmacien la délivre tous les 7 jours. Le patient doit donc se rendre à la pharmacie une fois par semaine au centre de distribution de méthadone toutes les 2 semaines pour suivre son traitement sauf en cas de séjour à l'étranger qu'il devra justifier. Depuis avril 2008, le médecin peut prescrire la méthadone sous forme de gélule si le patient est sous traitement et stabilisé depuis un an. La méthadone a un effet apaisant que la buprénorphine n'a pas, par contre il y a un risque d'overdose avec la méthadone c'est pourquoi le traitement est initié en centre spécialisé.

La buprénorphine ou subutex est prescrit par les médecins généralistes qui prescrivent tous les 28 jours, les pharmaciens la délivrent tous les 7 jours.

« Le nombre de patients substitués est d'environ 100 000 patients pour la buprénorphine et 28 000 pour la méthadone. Cet écart s'explique par les modalités de prescription et de délivrance des deux traitements

A noter que l'on peut parler également de substitution nicotinique (timbres, gommes, comprimés) pour les fumeurs de tabac¹⁵ ».

¹⁵ <http://www.drogues-info-service.fr/?La-substitution>

9) LES ANNEES 80-90, LES ADDICTIONS, LA SOCIOLOGIE, LES RECHERCHES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES :

Avant 1990, les consommateurs de drogues entraient dans une catégorisation morale (malades de la volonté, névrosés, délinquants etc.) devant être traités en psychiatrie. Ensuite, ils ont été classifiés en tant qu'« usagers de drogues illicites » pour les statistiques des autorités policières et judiciaires et « personnes prises en charge pour usage de drogues » pour le corps médical. Depuis la fin des années 1960, les interpellations vont augmenter de 1200 en 1969 à 134 320 en 2007. Les jeunes sont devenus une classe sociale, depuis la fin des années 1980 la société s'est souciée de leur santé, elle réprime et elle soigne.

Les sociologues ont fabriqué des outils et des catégories pour étudier la dimension sociale des addictions selon les types d'usages et d'usagers. Les enquêtes qualitatives du début des années 1980 sont faites sur un nombre restreint et ne rendent pas compte de l'ampleur du phénomène. Début des années 1990, les enquêtes quantitatives sont destinées à quantifier les populations et leurs usages.

Les recherches ont étudié les consommations de drogues chez les jeunes à la fin des années 1990, elles démontrent qu'ils connaissent les risques, qu'ils ont un discours cohérent sur leurs consommations pour se distancier des risques.

« Les enquêtes ont permis de comprendre ce qui est acceptable dans un usage régulier mais contrôlé, c'est un éclairage sur les drogues « dures » et « douces », c'est la forme d'usage qui importe, quid d'un « usage dur des drogues douces (...) d'un usage doux des drogues dures » François Beck¹⁶

Les enquêtes quantitatives menées à partir des années 2000 ont permis de mieux comprendre les types d'usage de type régulier, abusif et dépendant. Les enquêtes en population générale s'adressent à des échantillons où les consommateurs de drogues ne sont plus mis à part, c'est un moyen qui donne une vision plus générale globale des usagers de drogue dans la population. Ils se retrouvent sous forme de pourcentages en fonction de leur type d'usage, cela permet d'effectuer des études comparatives de plus en plus fines.

Les formes de consommation (entrée dans l'usage ou dans une consommation à risque etc.) constituent des déterminants sociaux. La première consommation est souvent influencée par l'entourage proche (amis, fratrie etc.), dans les milieux sociaux favorisés c'est plutôt l'alcool, le tabac, le cannabis voire la cocaïne ou l'ecstasy. Dans les milieux défavorisés, en cas de

¹⁶ Beck F., 2010, *art. cit.* p. 525.

problèmes scolaires, sociaux, familiaux, de consommations de tabac, d'alcool, ou d'autres drogues illicites, on note davantage de passages à l'héroïne.

La « carrière » d'un usager de cannabis est un passage réversible et normal pour lui et ses pairs. L'usage de cannabis par les adolescents les a classé dans la déviance depuis 60 ans, dans une recherche de provocation et de plaisir (Patrick Peretti-Wattel, Howard Becker etc.) En 1963, Cloward et Ohlin soulignent l'aspect initiatique dans les expériences collectives, d'allongement de l'adolescence et de revendication.

Pour Howard Becker (années 60), la « carrière » comprend un volet objectif et un subjectif. Au niveau objectif, l'individu choisit des modes de vie personnels qu'il peut orienter. Au niveau subjectif, il donne du sens à ses pratiques et prend de la distance avec les jugements moraux. La consommation de cannabis s'inscrit au sein d'un groupe de pairs « (...) l'apprentissage des techniques de consommation d'abord, des manières de consommer et de percevoir les effets recherchés ensuite, et des effets eux mêmes enfin. » F. Beck¹⁷.

Il doit savoir justifier ses consommations surtout si elles sont importantes, il met les risques à distance en les banalisant comparativement aux dangers des drogues dures.

La consommation massive et collective de drogues a été largement associée à des manifestations musicales, des rassemblements jeunes, festivals, raves-parties etc. pointés par les médias et les politiques.

L'usage de drogues est un marqueur de la vie sociale adolescente, un rituel dans les moments festifs collectifs libérateurs des tensions sociales pour des jeunes en recherche de transgression et d'excès, les participants d'une fête ne sont pas tous consommateurs.

Pour les lycéens, les enquêtes quantitatives révèlent un lien entre les consommations et les sorties en discothèque. L'importance des consommations est liée à la fréquence de ces sorties, la consommation d'alcool et l'ivresse est plus fréquente que celle de cannabis.

Howard Becker (1963) a montré que le choix de certaines musiques et de drogues permettait d'affirmer son identité dans un modèle de contre-culture (musiciens de jazz), idem pour Edgar Morin (1999) pour les amateurs de musique électronique.

Legleye & Beck (2003) ont classifié les styles suivants : reggae, techno, rock, rap etc. Les amateurs de rap ne présentent pas plus d'ivresse que la moyenne contrairement aux autres styles. L'usage régulier de cannabis des filles se remarque chez celles qui vont aux concerts de reggae ou dans les fêtes techno et chez les garçons pour les amateurs de concerts de reggae, de rock et de rap. Sylvain Aquatias (2003) a enquêté sur la consommation de

¹⁷ *Ibid.*, p. 526.

cannabis et d'alcool chez les amateurs de rock métal, les concerts sont un moyen de libérer les tensions avec l'approbation du groupe. Les manifestations festives, les discothèques, les styles musicaux sont en lien avec les relations amicales et les consommations de drogues ou d'alcool de certaines catégories de jeunes. Les études sociologiques, qualitatives ou quantitatives, ont permis de mieux comprendre les phénomènes de groupes, en évitant les caricatures des médias et éviter l'interdiction de rassemblements par certains politiques. Depuis, les politiques de réduction et de gestion des risques se mettent en place lors de ces événements par la présence de diverses associations (Croix Rouge, Médecins du Monde etc.). Les études sur la violence en lien avec des consommations de produits se basent sur des statistiques pénales qui indiquent un lien entre les deux. Depuis les années 90, les enquêtes statistiques démontrent que la violence des adolescents est souvent associée à des problèmes familiaux, scolaires, dépressifs ou anxieux. C'est aussi la période où ils découvrent les drogues, ce n'est pas uniquement la consommation qui engendre de la violence. La littérature indique que l'alcool aurait plus d'influence que d'autres drogues en terme de violence, c'est généralement le contexte social qui influe sur le comportement violent plus que l'usage de produits psychoactifs.

L'usage régulier de cannabis et/ou d'alcool pour les 17/19 ans, révèle un fort contexte de sociabilité entre eux pour les garçons, un fond de détresse psychologique pour les filles. La violence sous effet d'alcool se retrouve plutôt dans les bagarres, alors que les consommateurs de cannabis sont plutôt victimes d'agressions (Peretti-Wattel et al., 2002 et 2006).

Pour un certain nombre de jeunes, la violence est un moyen de surmonter le stress, les frustrations et l'anxiété. Les garçons des filières techniques sont plus violents surtout ceux qui consomment de l'alcool que ceux et celles des filières générales, le phénomène est plus rare chez les fumeurs de cannabis (Lagrange & Legleye, 2007). Les adolescents les plus fragiles face au stress et aux difficultés quotidiennes auraient tendance à retourner la violence vers eux mêmes (tentatives de suicides ou troubles de l'alimentation) ou envers les autres.

L'usage de drogue en tant que fait social est apparu en 1992 suite à des enquêtes quantitatives, même si le politique s'est saisi du problème de la drogue dès les années 1970. La sociologie a brisé quelques tabous tels que l'escalade, drogues dures/douces, consommation et milieu défavorisé etc. Elle a permis un regard objectif, moins moral sur les addictions et l'adolescence. La sociologie, avec ses enquêtes quantitatives sur la population générale permet de mieux comprendre la complexité des phénomènes liés à la consommation de drogues et de mieux repérer les usages nocifs.

François Beck traite des usages de drogues des jeunes des années 1960 aux années 2000, par le biais des sciences sociales qui ont tardé à traiter le sujet en France. Auparavant les statistiques de la police de la justice et celles du corps médical servaient de références. Les sociologues ont dû construire leurs outils, dans les années 80, les enquêtes qualitatives ont permis d'affiner les données.

A partir des années 90, les enquêtes quantitatives en population générale ont permis de relativiser et de mieux comprendre les problématiques liées aux usages de drogues chez les jeunes. Ces études permettent de catégoriser les types d'usages et d'usagers dans des contextes donnés en fonction des âges, du sexe, du milieu social, du type d'études et dans des contextes collectifs particuliers (manifestations collectives, types de musiques, discothèques etc.). L'apport de la sociologie permet de prendre du recul par rapport aux différents types de consommations, apporte une vision plus réaliste du phénomène et permet d'adapter une approche plus fine par le biais des politiques de réduction des risques et un regard moins moraliste.

Dans le domaine des addictions la sociologie montre l'évolution des connaissances, les enquêtes qualitatives et quantitatives permettent d'affiner les connaissances de la problématique par rapport à l'ensemble de la population et de s'extraire des idées préconçues. Ce n'est pas l'usage de drogues qui influe sur le comportement des jeunes, mais plutôt un contexte social général global, des problèmes familiaux, sociaux, scolaires, dépressifs etc. L'usage de drogues est une forme de rituel de passage au moment de l'adolescence, l'usage collectif et occasionnel permet aux jeunes de s'intégrer et de s'identifier à un groupe de pairs. J'ai travaillé avec des toxicomanes pendant 10 ans, ce fut une expérience riche, mais j'avais tendance à penser la nature des produits consommés engendrait la dépendance (drogues dures) associée à une problématique personnelle profondément ancrée. Depuis que je travaille en prévention spécialisée, je réalise que certains jeunes consommateurs de cannabis développent une addiction réelle, liée elle aussi à une problématique personnelle, familiale ou sociale. Les comportements violents de certains jeunes consommateurs ne sont pas directement liés à la consommation mais à d'autres problématiques personnelles.

L'usage de drogues n'est pas forcément problématique pour de nombreux jeunes qui restent dans des usages collectifs et récréatifs quelque soit la drogue consommée même s'il existe des produits plus addictifs que d'autres.

III - NAISSANCE ET EVOLUTION DE LA PREVENTION SPECIALISEE :

1) FIN DE LA 2^{ème} GUERRE MONDIALE, NAISSANCE DE LA PREVENTION SPECIALISEE :

D'après Vincent Peyre et Françoise Tétard¹⁸, à partir de 1943, les pionniers de la prévention en France avaient une démarche militante, une disponibilité et une mission auprès de la jeunesse en difficulté. Ils ont créé et inventé une nouvelle façon de travailler auprès de publics en grande difficulté sociale à la fin de la 2^{ème} guerre mondiale et lors de la reconstruction du pays à l'après guerre. Les pionniers ont fait émerger des initiatives locales sur des quartiers touchés par les difficultés sociales d'enfants, d'adolescents et de familles en situation de marginalisation. Ces services se sont clairement positionnés pour prévenir des inadaptations sociales et lutter contre la délinquance juvénile. La prévention se distingue des autres services sociaux de par sa connaissance des territoires, des jeunes et de leurs familles. C'est une alternative au placement qui consiste à envoyer les jeunes loin de leur domicile, de leur environnement social et de leur famille. Le premier service de prévention fut créé en 1943 par Fernand Deligny à Lille, avec le soutien de Roland Assathiany, délégué régional adjoint au commissariat à la famille. A cette époque de nombreux spécialistes de l'enfance créent les Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ARSEA). Ce travail se fait en temps de guerre dans un contexte administratif, économique et politique complexe. Cette nouvelle approche éducative s'adresse aux enfants et adolescents touchés par la guerre et livrés à eux mêmes. L'objectif était d'aller à la rencontre de ces bandes, d'en comprendre les codes et de leur proposer des activités éducatives alternatives.

En octobre 1947 à Paris, la "Boutique" est un lieu de rencontre, d'échanges et de débats pour ceux qui s'intéressent à la jeunesse. Elle est ouverte aux jeunes qui font partie des différentes bandes du quartier. Monique Beauté, éducatrice, va animer cette nouvelle forme d'approche de la jeunesse.

En 1948, Maurice Dacier-Falques, délégué bénévole à la liberté surveillée intervient auprès de jeunes dans leurs familles, il est mandaté par un juge, c'est une alternative au placement. Il se fédère avec d'autres bénévoles et organise des activités éducatives collectives tout en tenant compte des problèmes individuels des jeunes, il crée l'association "Equipes d'amitié".

¹⁸ Peyre V. et Tétard F., 2006. *Des éducateurs dans la rue Histoire de la prévention spécialisée*, Paris, éd. La Découverte.

Jacques Mazé et Robert Ardouvin créent l'association « Les Amis des enfants de Paris » à Montreuil en 1948 sous la forme d'une maison d'accueil. Ils accueillent les enfants des rues sans mandat, sans financement, sans autorisation.

Josse Breuvart participe à la création du « Club des intrépides » en 1949 à Nancy, puis du « Club des Gavroches » en 1950. De nombreuses autres expériences vont émerger et se développer sur le territoire après la guerre. Dès 1949, la question du coût et de la pédagogie des internats de rééducation est posée. La prévention est une alternative à l'isolement et à l'éloignement des jeunes de leur milieu d'origine pour un coût moindre.

Les années 50 sont marquées par la reconstruction du pays, la professionnalisation du travail social, l'émergence et le développement des associations locales. La formation des travailleurs sociaux se développe, ainsi que les rencontres, les échanges et les conférences entre les acteurs du social.

En janvier 1952, Robert Mathieu est le 1^{er} éducateur de prévention rémunéré par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) à Nancy.

En 1953, Jean Chazal ouvre le « Club des réglisses » à Montreuil, c'est un lieu ouvert aux enfants et aux jeunes des environs, parfois aux bandes rivales, le but est de les laisser venir d'eux même et de leur proposer diverses activités éducatives.

Bernard Emo dirige un club de boxe à Rouen puis il monte « la Baraque », il y vit avec sa femme, ils sont salariés financés sur un poste et demi. Ils accueillent en permanence les enfants et la jeunesse du quartier.

Les associations de prévention fonctionnent de façons différentes. La question de l'accrochage des jeunes est commune, il faut du temps pour se connaître, dépasser la méfiance et apprendre à se faire confiance. Dans les années 1950, les éducateurs d'origine ouvrière sont appréciés pour leur connaissance des publics et des quartiers, contrairement aux origines bourgeoises de ceux des premiers temps.

En 1959 le phénomène des blousons noirs est fortement médiatisé. La prévention connaît bien les phénomènes de bandes mais là, ils sont amplifiés par la presse ce qui crée un sentiment d'insécurité généralisé. La police réagit de façon répressive, la prévention est sollicitée, pour intervenir face à ce nouveau phénomène elle va ainsi faire reconnaître ses compétences et obtenir une certaine reconnaissance.

C'est aussi la période de la guerre d'Algérie, les jeunes y partent faire leur service militaire et en reviennent dans un monde en mutation. Toutefois, le phénomène des blousons noirs va s'éteindre de lui même fin 1962 pour laisser la place à d'autres mouvements. Les blousons noirs ont été les précurseurs d'un clivage intergénérationnel, bientôt succédés par les

« yéyés » puis les hippies.

En juillet 1961, une loi de financement permet la mise en place d'équipements sportifs et éducatifs, pour lutter contre la délinquance. L'accent est mis sur les loisirs, l'accès aux apprentissages et à la culture tout en les adaptant aux publics concernés. L'architecture urbaine se modifie, les grands ensembles naissent en banlieue, les jeunes s'organisent en groupes qui se rencontrent aux alentours de leur lieu d'habitation. Les équipes de prévention organisent des activités de loisir de proximité qui ne sont pas une fin en soi mais un moyen d'harmoniser et d'organiser la vie dans ces nouveaux quartiers. Des moyens sont engagés afin de financer ces nouvelles pratiques éducatives. Le loisir devient une base alternative et un outil éducatif de socialisation.

Peu à peu, la prévention va se légitimer, se professionnaliser, se forger une identité et évoluer pour entamer la nouvelle décennie.

2) 1972 UNE RECONNAISSANCE POUR LA PREVENTION SPECIALISEE :

La prévention spécialisée a trouvé une légitimité et s'est développée avec l'arrêté ministériel du 4 juillet 1972

C'est la première référence législative qui institue le mode d'intervention, les principes et les méthodes propres de la « prévention spécialisée » :

- Un Conseil Technique des clubs et équipes de Prévention est créé (CTPS).
- L'action éducative pour une meilleure insertion des jeunes basée sur la libre adhésion.
- Les travailleurs sociaux sont reconnus comme des professionnels, ils encadrent des bénévoles reconnus pour leurs compétences.
- Un cadre conventionnel est défini ainsi que les modes de financement.
- Un contrôle par l'autorité administrative est défini.

Pour François Peyre et Françoise Tétard¹⁹, les années 70 marquent la fin de l'état providence et des 30 glorieuses, la prévention spécialisée est l'objet de jugements au pénal médiatisés à Besançon, Caen ou Nantes sur des questions éthiques et sur la responsabilité des éducateurs. De nombreux acteurs de la prévention s'engagent dans une opposition gauchiste durant cette décennie. Le Comité National de Liaison des clubs et équipes de prévention (CNL) est créé le 4 mai 1972, il représente les associations de prévention spécialisées.

¹⁹ *Ibid.*

Les années 80 sont marquées par une crise entre les financeurs et les associations de prévention spécialisées dont la légitimité est remise en question. Dès ses débuts la prévention spécialisée s'est appuyée sur des actions collectives non comme une fin en soi mais comme support à une relation éducative. Les principes fondamentaux de la prévention sont la libre adhésion, l'anonymat, le non mandatement et la non institutionnalisation des actions. Le CNL deviendra le Comité National de Liaison des Associations de Prévention Spécialisées (CNLAPS) en 1983.

3) LA PREVENTION SPECIALISEE DANS LES ANNEES 90-2000 :

Pour François Peyre et Françoise Tétard²⁰, la prévention spécialisée connaît un nouvel élan dans les années 90. Le CNLAPS a organisé les assises de la prévention à Marseille en 2002 en présence Jean Louis Borloo, ministre des politiques de la ville, ce fut un succès, mais aussi un échec à propos de la signature d'une convention nationale pour les 10 années à venir, à cette époque les services de prévention spécialisée étaient soumis à des conventions triennales avec leurs financeurs.

J'ai participé les 24 et 25 Octobre 2012 à deux jours de conférences organisés par le CNLAPS, l'actuel président Richard Pierre, a reparlé de l'échec de la convention nationale de 2002.

Les services de prévention ont été marqués par les projets de loi de prévention de la délinquance (2004) où ils sont eux même concernés en devant dénoncer au maire les personnes avec lesquelles ils travaillent sans tenir compte du secret professionnel.

Dès les débuts, la délinquance et les inadaptations sociales ont été au centre des actions de la prévention. Les actions de la prévention spécialisée n'ont pas un objectif direct de lutte contre la délinquance mais elles y contribuent en permettant aux publics de bénéficier de bases éducatives en vue de leur insertion sociale.

Le projet de la loi de prévention de la délinquance dans les années 2004 a perturbé bon nombre d'associations en prévention spécialisée car il remettait en cause le secret professionnel et l'anonymat jusque là garantis afin de favoriser la confiance dans la relation éducative.

²⁰ *Ibid.*

4) LA LOI DE PREVENTION DE LA DELINQUANCE DU 5 MAI 2007 :

La loi de prévention de la délinquance du 5 mai 2007 renforce les responsabilités du maire dans le domaine de la sécurité et de la prévention.

Grâce à cette loi, le maire bénéficie d'informations de l'inspecteur d'académie pour les questions d'absentéisme et des chefs d'établissements pour les exclusions temporaires ou définitives.

Pour les problèmes d'ordre public, c'est le procureur et les responsables des services de police qui l'informent.

Le maire désigne un coordonnateur qui peut s'informer auprès des travailleurs sociaux (dans le respect du secret professionnel) à propos des personnes ou des familles en difficulté.

Il peut procéder à un rappel à l'ordre auprès des jeunes et de leur famille, ou proposer aux parents un accompagnement parental dans le cadre du conseil des droits et devoirs des familles.

Le maire peut saisir les autres autorités, le conseil général pour un contrat de responsabilité parentale, le directeur de la CAF pour un dispositif d'accompagnement, le juge des enfants pour une mise sous tutelle, le procureur si le mineur est en danger.

La loi prévoit un fond de prévention de la délinquance pour que l'état soutienne les maires dans leur politique de prévention. Ces fonds sont nouveaux, simples et rapides d'emploi, ils sont gérés par les préfets, ils sont alloués à la tranquillité publique.

La délinquance des mineurs s'est modifiée depuis l'ordonnance de 1945, la loi de 2007 vient en changer plusieurs éléments. Ces modifications viennent contredire le sentiment d'impunité des auteurs de délits pour qui les rappels à la loi ou les admonestations ne prennent pas de sens.

La loi répond proportionnellement et rapidement en tenant compte de l'action éducative :

- A partir de 10 ans, un avertissement au palais de justice pour responsabiliser l'enfant, l'éloignement pour le protéger de son environnement et des sanctions axées sur le travail en accord avec le rythme scolaire.

- A partir de 13 ans le mineur peut reconnaître sa faute et exécuter certaines obligations, sinon, la procédure pénale continue. La mesure d'activité de jour, se fait à la journée, c'est une initiation au travail qui se situe entre les mesures éducatives pénales du milieu ouvert et le placement en établissement.

- Pour les jeunes de 16 à 18 ans qui encourent une peine de plus de 3 ans, la présentation immédiate devant la juridiction pour mineurs s'applique si le jeune, ses parents et son avocat en sont d'accords. C'est une comparution directe devant le tribunal pour enfants.

✚ La loi prévoit un certain nombre de dispositions pour la protection de la vie quotidienne :

- Au niveau des transports collectifs pour protéger les usagers et les professionnels au niveau local, régional et en accord avec les syndicats de transport.
- Une amélioration des équipements collectifs et urbains. Des études de sécurité préalables sont prévues pour les projets urbains des villes de plus de 100 000 habitants pour des projets jugés sensibles par les préfets. La sécurité des personnes et la protection contre les dégradations sont aussi importantes que les aspects esthétiques et fonctionnels.
- Dans l'environnement quotidien. La simplification des sanctions pour l'occupation des halls d'immeubles.
- Certains frais de gardiennage d'immeubles peuvent être pris en charge en partie par les communes.
- L'enlèvement des épaves de véhicules est simplifié et plus rapide. Les sanctions sont plus sévères pour la détention ou le transport injustifié de produits inflammables.
- L'euthanasie des chiens dangereux est facilitée en cas de danger grave.
- Les pouvoirs des gardes champêtres sont étendus, cela leur permet de relever plus systématiquement les contraventions dans le domaine des atteintes aux biens.

✚ Dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, la loi vient renforcer l'interdit social dans ses sanctions et ses réponses :

- Elle développe les injonctions thérapeutiques avec l'aide d'un médecin relai.
- Elle étend l'ordonnance pénale au délit d'usage de stupéfiants.
- Elle élargit les peines de substitution (stages à la citoyenneté, de sensibilisation aux dangers des drogues).
- Elle aggrave les peines si une infraction est commise sous l'emprise de drogues ou d'alcool.
- Elle permet d'identifier les professionnels consommateurs d'alcool ou de drogues dans les entreprises de transport d'usagers.

✚ Pour la prévention de la violence contre les personnes la loi de prévention de la délinquance s'applique :

- A la violence conjugale et familiale, elle crée un suivi socio-judiciaire en vue de prévenir la récidive.

✚ Face à l'augmentation des violences contre les dépositaires de l'ordre public (les agents des forces de l'ordre, les pompiers, les agents des réseaux de transport public, et ceux de l'administration pénitentiaire) :

- La loi sanctionne davantage les agresseurs.
- Elle crée une infraction spécifique de violences volontaires avec arme sur agent de la force publique commise en bande organisée ou en guet apens.

✚ Contre le stationnement illégal des nomades et à la demande du maire :

- Le préfet peut décider après une mise en demeure d'au moins 24h, d'évacuer les personnes qui occupent illégalement un terrain municipal ou privé.
- La loi simplifie considérablement l'expulsion.
- Les occupants bénéficient d'un droit de recours auprès du tribunal administratif.

✚ Contre la délinquance liée aux nouvelles technologies et l'amélioration de la protection des mineurs :

- Les vidéos pornographiques, sont interdites pour la location, la vente, la proposition aux mineurs et la signalisation de l'interdiction aux mineurs doit être inscrite.
- Les propositions sexuelles à des mineurs par le biais d'internet sont sanctionnées par une peine d'emprisonnement et une amende de 30 000 euros et majorées s'il y a rencontre.
- La police et la gendarmerie sont autorisées à infiltrer les moyens de communication internet pour lutter contre la cyber pédophilie ainsi que pour la traite des êtres humains et la prostitution des mineurs.

✚ Facilitation de l'intégration des jeunes en difficulté :

- Les écoles de la 2^{ème} chance qui reçoivent des jeunes de 18 à 25 ans, sortis de l'école depuis 2 ans sans diplôme, ils sont rémunérés et suivent une formation individualisée scolaire et professionnelle.
- Le service volontaire citoyen dans la police nationale :

En renfort de la politique de prévention de la délinquance, la police nationale propose un service volontaire citoyen pour ceux qui veulent s'engager pour l'amélioration de la sécurité et de la tranquillité publique. Ce dispositif s'adresse à des jeunes d'au moins 17 ans, ils sont

volontaires, chargés de missions de médiation, de solidarité et de rappel à des règles de vie communes²¹.

Les années 2000 marquent une nouvelle époque pour la prévention spécialisée qui se retrouve au cœur de la cohésion sociale, des politiques sécuritaires et de la crise de 2008.

5) LA CRISE DE 2008 :

Les décennies passent et les problèmes de la légitimité de la prévention demeurent et s'aggravent. La crise économique de 2008 qui perdure aujourd'hui s'est fortement faite ressentir au niveau des populations, nous assistons à une dégradation du niveau de vie des plus précaires et du marché de l'emploi, notamment de l'INTERIM. Les seuils d'entrée dans les dispositifs de droit commun (insertion, formation, logement, santé, loisirs etc.) se sont élevés.

La crise économique se fait ressentir dans tous les secteurs d'activité, l'action sociale n'est pas épargnée, début 2012, le conseil général a annoncé des restrictions budgétaires pour la prévention spécialisée avant la fin 2014, il y a déjà eu des coupes sur les budgets 2012 (un poste éducatif sur six dans mon service et une baisse significative du budget), la situation est pire dans d'autres départements.

Fin 2012, le conseil général vote une baisse de 50% des budgets alloués à la prévention spécialisée sur tout le département. Le service dans lequel je travaille a vu une coupe de 57% de son budget, l'association a décidé de le maintenir, en réduisant l'équipe de 5 postes sur 8, il ne reste plus que 3 postes éducatifs, ils ont rejoint les locaux d'un autre service de l'association, le Centre de Formation et d'insertion (CFI) et réorganisé le travail avec l'équipe de direction. Les conventions actuelles avec le département vont jusqu'en 2015.

Dès les premiers temps de la prévention, les pionniers se sont rencontrés entre eux et avec les pouvoirs publics pour légitimer leurs savoir faire et leurs compétences. La prévention a su évoluer et s'adapter en fonction des problématiques et des politiques sociales. La question de la légitimité de la prévention spécialisée demeure posée encore aujourd'hui, plus que jamais. Dès les années 50, la prévention s'est démarquée des structures sociales traditionnelles notamment par un coût plus faible du fait qu'elle travaille avec les jeunes et leurs familles

²¹ <http://www.legifrance.fr> ; <http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr>

dans leur milieu.

Aujourd'hui la question du coût de la prévention demeure posée par les financeurs. Le problème réside dans le fait que le travail effectué par les services de prévention spécialisée est peu lisible, difficile à évaluer qualitativement et quantitativement pour les pouvoirs publics. L'essentiel du travail d'un éducateur en prévention se joue dans le mode de relation qu'il instaure avec les jeunes et leurs familles, il s'inscrit dans le temps. Il a plusieurs rôles, animateur lors d'une action collective, médiateur dans un conflit familial, confident de jeunes ou des parents, facilitateur dans les relations avec l'ensemble des partenaires... Le travail au quotidien des éducateurs en prévention est à la fois très diversifié et très complexe, il se retrouve seul face à des publics en grande précarité et doit les aider à avancer. Il est très compliqué d'explicitier les difficultés et les enjeux relationnels qui font partie du quotidien de l'éducateur de rue. La spécificité de la prévention réside dans le fait qu'il n'y a pas les murs et l'organisation d'un service social traditionnel ou, en cas de litige, de problème, l'éducateur peut se référer à un collègue ou un supérieur hiérarchique. Pour les éducateurs en milieu ouvert, il y a le mandat qui fait tiers dans la relation. Alors qu'en prévention spécialisée il n'y a pas de tiers entre l'éducateur et les usagers. Il est donc très complexe d'expliquer la spécificité de la prévention à des financeurs qui n'ont pas forcément la culture éducative ou sociale. La cohésion sociale utilise de plus en plus les compétences de la prévention spécialisée dans la mise en place de ses dispositifs (réussite éducative, décrochage scolaire, prévention de la délinquance, prévention de la récidive etc.). Ces différents dispositifs s'inscrivent dans une logique de politique locale et nationale en vue de traiter les problèmes sociaux. La temporalité du politique est différente de celle de l'éducatif, la légitimité d'un service de prévention auprès des publics s'inscrit dans le temps au cours des années. Les décennies passent et les problèmes de la légitimité de la prévention demeurent et s'aggravent. Après 70 ans d'expérience, la prévention spécialisée a dû s'adapter aux changements et à l'évolution de l'action sociale. Après les pionniers, les éducateurs d'aujourd'hui ont dû évoluer et s'adapter à des territoires et à des publics qui ont changé ainsi qu'à des politiques sociales qui ne leur sont pas toujours favorables.

6) LES CONTRAINTES ECONOMIQUES ET L'INTERVENTION SOCIALE, LA FIN DU « NOUVEAU DEPART » :

J'ai connu les mêmes problèmes de restrictions budgétaires à la fin des années 90 quand je travaillais en centre résidentiel thérapeutique. La structure avait été créée à l'initiative d'un pionnier de la prévention spécialisée cité dans l'ouvrage de François Peyre et Françoise Tétard²², et dans ce mémoire (cf. avant propos).

Dans les années 60 et 70, ce service de prévention spécialisée accompagnait des toxicomanes en cure de sevrage et s'étonnait de les voir rechuter rapidement après la cure. Afin de remédier à ce problème, ils ont réfléchi à la création d'un établissement qui prendrait soin des toxicomanes après la cure de sevrage. C'est aussi à cette époque, dans les années 70 que Claude Olievenstein pionnier dans le traitement des toxicomanes, psychiatre fondateur du centre Marmottan à Paris, il a écrit sur le sujet dans son 1^{er} ouvrage « Il n'y a pas de drogués heureux²³ », il a participé à l'élaboration du projet. C'est en 1979 que le centre « Nouveau Départ » a ouvert, c'était l'un des premiers centres de postcure en France.

Cet établissement a donc fonctionné avec les évolutions des pratiques toxicomaniaques, il a vécu la massification des toxicomanies dans les années 70/80, l'arrivée du SIDA et l'évolution des traitements.

Après l'arrivée de la substitution en 1995, les financeurs de l'époque (la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)) ont remis en cause la validité du projet thérapeutique de l'établissement jusqu'alors basé sur l'abstinence totale de tout produit psychotrope (tabac et café exceptés). Même si l'établissement a fini par accueillir des personnes sous substitution (subutex) il a été déconventionné en 2000 par la DDASS.

La raison principale de cette fermeture est d'ordre économique plus que thérapeutique, ça coûte beaucoup moins cher de traiter une population à la substitution que de tenter de rechercher à traiter les causes profondes d'une addiction.

Cet établissement était considéré comme un des pionniers dans le domaine de la toxicomanie, sa fermeture a engendré celle d'autres structures dans d'autres régions.

²² Peyre V. et Tétard F., 2006, *op.cit.*

²³ Olievenstein C., 1978. *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, éd. Laffont.

DEUXIEME PARTIE :
L'ENQUETE DE TERRAIN

L'objectif de l'enquête de terrain est d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ :

- Développer les partenariats entre les intervenant en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée afin d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogue.
- Favoriser la réduction des risques.
- Favoriser une prise en compte plus humaine du problème plutôt que de suivre la « bonne morale », la lutte contre les toxicomanie et les sanctions qui ne résolvent pas les addictions mais marginalisent et isolent davantage les usagers de drogue.

Je propose de présenter mon enquête en commençant par un diagnostic territorial des quartiers Nord d'Hermanville. Ensuite je présenterai trois récits de vie d'habitants des quartiers Nord d'Hermanville, puis je ferai une présentation des différents acteurs et de leurs structures. J'aborderai les partenariats pour chacune des structures, puis je ferai le point sur la connaissance de la prévention spécialisée par uns et les autres. Je questionnerai mes interlocuteurs sur l'opportunité d'un partenariat entre la prévention spécialisée et l'addictologie. J'étudierai la question de la réduction des risques et celle des salles d'injection. Je terminerai cette enquête sur les prémisses d'un partenariat formalisé entre le « Passage » et la « Maison d'Enfants » de l'Association Départementale pour l'Enfance et l'Adolescence qui gère aussi le SHPS.

I - PRESENTATION DES TERRITOIRES ET DES STRUCTURES ENQUETES :

1) DIAGNOSTIC TERRITORIAL :

+ Quelques chiffres de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) :

- 800 hectares
- 1 500 entreprises
- 16 000 salariés
- 17 000 habitants²⁴.

+ Présentation générale :

Les quartiers Nord sont constitués de 4 quartiers eux mêmes divisés en sous-territoires :

- Le quartier Saint André
- Le quartier de Leurre
- Le quartier du Val Gravé
- Le quartier des Belges.

Chaque quartier et sous-territoires a ses caractéristiques propres, son identité et sa culture. A l'exception de quelques cités bâties dans les années 1960 sur la base de barres d'immeubles et de tours, les quartiers Nord présentent une architecture plutôt horizontale, constituée d'immeubles collectifs et de maisons individuelles. Ils sont situés à proximité de la zone industrielle et portuaire. Il en résulte une culture ouvrière même si l'industrie n'est plus promotrice d'emploi, un certain nombre de familles résident sur les territoires depuis longtemps voire depuis plusieurs générations. Ainsi, de nombreux habitants ont partagé les mêmes écoles ou collèges, les mêmes clubs sportifs, les mêmes Maisons des Jeunes, les mêmes espaces de jeux... Les habitants sont généralement attachés à leur quartier, ils y ont leurs repères, leurs réseaux (familial, amical, associatif etc.). Les quartiers Nord sont desservis par le service de bus de la ville, à part le quartier des Belges qui est plus isolé géographiquement et plutôt replié sur lui-même.

De nombreuses petites et moyennes entreprises sont implantées dans les quartiers Nord, la proximité de la zone industrielle et portuaire en font des quartiers de passage important, ce

²⁴ <http://ww.hermanville.fr/quartiers-Nord>

qui amène une certaine forme d'animation notamment aux heures de pointes contrairement à d'autres banlieues qui se vident le matin et se remplissent le soir.

Les institutions présentes :

On dénombre 6 écoles maternelles, 4 écoles primaires, 2 collèges, 3 lycées, une partie de l'université, l'IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) et un institut de formation de travailleurs sociaux. Parallèlement il existe plusieurs centres de formation dans divers secteurs d'activités (formation, alphabétisation, insertion socio-professionnelle).

Quatre maisons des jeunes sont en activité sur les quartiers, elles accueillent la petite enfance et la jeunesse en tant que centres de loisirs.

Trois Centres Médico-Sociaux sont implantés sur les territoires, ils assurent le suivi social de la population (assistantes sociales de secteur, Protection Maternelle et Infantile (PMI) etc.).

Les services de la cohésion sociale interviennent sur certains dispositifs tels que le Programme de Réussite Educative (PRE), la prévention de la délinquance, le Comité Local de Sécurité et de prévention de la Délinquance (CLSPD), Point Accueil Prévention Santé (PAPS)...

La mission locale est implantée sur les quartiers ainsi que pôle emploi.

Deux maisons de retraite une ancienne et une nouvelle, ainsi qu'une institution pour handicapés mentaux sont sur les territoires.

Les territoires sont pourvus d'un commissariat de quartier.

La population :

La population des quartiers Nord est marquée par un brassage inter-ethnique dû à l'immigration de l'Afrique de l'ouest, du Maghreb, de Turquie, de Pologne, d'Espagne ou du Portugal. Cette immigration est liée à l'industrie locale qui était florissante dans les années 50, 60 et 70.

La crise économique des années 70 a vu décroître l'activité industrielle et augmenter le chômage. Dans les quartiers Nord, le taux de chômage est supérieur à la moyenne de celui de la ville, il en va de même pour les minimas sociaux et les familles monoparentales.

La rénovation urbaine :

Les quartiers Nord ont été à l'abandon au niveau de l'urbanisme pendant de longues années, un plan de rénovation urbaine s'est mis en place depuis le début des années 2000, il est encore en cours aujourd'hui.

« Le PIC (Programme d'Initiative Communautaire) URBAN » a été lancé le 15 juin 1994. Il illustre le regain d'intérêt de l'Union européenne pour les problèmes urbains, ceux des quartiers extrêmement défavorisés en particulier, et propose d'y remédier à travers des interventions visant l'amélioration de ces espaces, tant du point de vue social que physique²⁵. »

« Tous ces projets sont portés non seulement par différents dispositifs européens et nationaux tels le PIC URBAN (33 millions d'euros), le Programme Urbain Intégré (27 millions d'euros), l'ANRU (120 millions d'euros). Il s'agit de créations de jardins, de réaménagement de places, de rues et de boulevards, réhabilitations d'immeubles et d'équipement publics nouveaux, construction de résidences et d'équipements nouveaux, actions sur l'emploi, le social, les commerces... Plus de 220 projets offrent de meilleures conditions de vie et de travail pour l'ensemble de la population²⁶ ».

Au départ, les façades des immeubles de certains territoires étaient noircies par la pollution, elles donnaient un aspect triste et terne aux quartiers. Le ravalement des façades a permis de rénover et mettre de la couleur dans l'environnement.

La voirie a été revue dans de nombreux endroits afin de réguler le flux de circulation.

Certains locaux industriels ont été réhabilités pour en faire des bureaux, des logements, un complexe commercial, une salle de spectacle et d'évènementiel. Certaines friches industrielles ont été abattues et les terrains dépollués.

Certains groupes d'immeubles ont été rénovés de fond en comble et sécurisés (vidéo surveillance, rationalisation des espaces vert etc.), d'autres réhabilités, d'autres démolis.

De nouveaux immeubles ont été construits à la frontière du quartier et du centre ville, mis en vente ou en location avec des commerces prévus au rez de chaussée.

De mon point de vue la rénovation est une réussite dans la mesure où le quartier en avait vraiment besoin. Le nombre de logements insalubres a fortement baissé, certains ont été réhabilités, d'autres détruits. Le paysage urbain s'est nettement amélioré de même pour la voirie, les axes routiers ont été refaits et améliorés ainsi que les accès, entrées et sorties des territoires.

Avec la rénovation urbaine, la vie nocturne a évolué avec la création de nouveaux établissements (restaurants, salles de spectacles, discothèques etc.). Le jeunesse du centre

²⁵ <http://www.ville.gouv.fr/?1-initiative-communautaire-urban-1>

²⁶ <http://www.hermanville.fr/quartiers-Nord>

ville vient s'amuser sur ces quartiers, ce qui entraîne parfois une nouvelle forme de délinquance telle que le racket qui partie des faits divers dans la presse locale.

L'objectif du plan de rénovation urbaine était de prolonger le centre ville sur les quartiers Nord et de favoriser la mixité sociale. En terme de mixité sociale, l'objectif n'est pas atteint, des emplacements commerciaux ont été prévus à la construction des nouveaux immeubles. Mais avec la crise de 2008, il n'y a eu que très peu de commerces ouverts 2 ou 3 seulement. D'autre part, les nouveaux habitants n'utilisent pas les commerces et les structures du quartier, ils continuent à utiliser ceux du centre ville.

Toutefois, le nombre de personnes en situation de précarité sociale sont toujours en difficulté et continue à augmenter depuis la crise de 2008 faute d'emploi, notamment dans le domaine de l'INTERIM. La crise perdure et pour beaucoup, la solution des problèmes passe par le travail.

2) PRESENTATION DE TROIS HABITANTS :

- Dans le cadre de mon enquête de terrain j'ai eu l'occasion d'interviewer trois habitants qui m'ont confié leur récit de vie en lien avec l'objet de mon mémoire :

Un usager de drogues :

Cédric a un physique malingre, il est pâle toute l'année et a un visage enfantin. Il est né en région parisienne, il y a passé son enfance et son adolescence, il vient vivre à Hermanville chez sa soeur en en 2006 à 26 ans, il a aujourd'hui 34 ans.

Cédric a un frère aîné qui 20 ans de plus que lui, ils ne se fréquentent plus depuis longtemps et sa sœur plus âgée de 2 ans.

Cédric dit n'avoir manqué de rien jusqu'à l'âge de 16 ans, que ses parents ont toujours été là pour lui. Ils ont divorcé l'année de ses 16 ans, ça l'a perturbé. Cédric est resté chez son père qui vivait avec une autre femme avec laquelle il ne s'entendait pas, il aurait préféré que sa mère reste avec son père.

Deux années plus tard, le père de Cédric décède, sa mère vit dans le Loiret, il ne veut pas la rejoindre car il ne connaît personne là-bas et ne veut pas vivre à la campagne. La maison familiale a été vendue, Il est donc resté en région parisienne : « *Je me suis retrouvé dans une grosse galère, j'habitais dans une caravane, je n'avais rien...* »

Les relations avec son frère aîné étaient déjà rompues, sa sœur avait son appartement mais ils ne se voyaient pas.

A 18 ans, Cédric se dit en dépression, il rencontre une personne qui l'initie à l'héroïne : « *Je ne connaissais pas moi, il m'a fait goûter, j'étais bien, mieux que quand je n'avais rien, il m'en donnait gratuitement pendant plusieurs mois, puis un jour il m'a dit : il faut payer maintenant.* »

Cette personne lui avait dit : « *Si un jour t'as plus rien, t'inquiète pas il y a des médicaments ! Bêtement j'y ai cru ! Si je n'en n'ai plus je prends des cachets puis ça va passer et puis j'arrêterai.* »

Cédric est entré dans la dépendance, il s'en est rendu compte le 1^{er} jour où il s'est retrouvé en crise de manque environ un an après sa première prise d'héroïne. Il souffrait et croyait devenir fou, il s'est rendu à l'hôpital où on lui a prescrit du subutex. Il continuait à prendre de l'héroïne et prenait du subutex quand il n'en n'avait plus : « *Ca s'est envenimé, je suis tombé dans l'engrenage, je ne pouvais plus m'arrêter, j'étais tellement mal que je ne cherchais pas*

à arrêter. J'avais envie de me foutre en l'air, mon père c'était tout, je me retrouvais seul sans lui, dans l'état où j'étais, je ne pouvais pas aller voir ma mère. J'étais au bout du rouleau, je pleurais tous les jours, je déprimais dès que je me retrouvais seul, il n'y a que quand je consommais que je me sentais bien, je ne pensais à rien, j'étais à moitié comateux, à moitié endormi tout en restant éveillé, je piquais du nez. C'est comme ça que j'arrivais à faire face, sinon j'avais envie d'arrêter de vivre. »

A cette période, en 2000, Cédric a fait la connaissance de Michel, un ami qui était dans la même situation que lui, il vivait chez les parents de Michel, puis ils ont loué un logement tous les deux. Peu à peu il a commencé à vivre la nuit : *« C'était la fin, après je commençais à sortir en boîte, après je prenais un peu de tout, je prenais de l'ecstasy, je prenais du speed, de tout quoi... Ça commençait le week-end, le samedi, après le vendredi le samedi, jeudi vendredi samedi, puis après toute la semaine. Puis c'était comme ça tout le temps. Je me foutais de tout. »*

Cédric a touché sa part de l'héritage de son père après la vente de la maison familiale, il a tout dépensé dans la drogue et la fête, culpabilisant à l'égard de son père : *« Mon père était bosseur, il bossait tout le temps. J'ai eu son argent et je l'ai cramé comme ça en un an, j'ai tout cramé, je ne me sentais vraiment pas bien. »*

Cédric n'avait jamais travaillé, la mère de Michel lui avait trouvé un emploi de poseur de menuiserie, il y a travaillé pendant plus d'une année mais a fini par se faire licencier car il avait trop d'absences et les effets de son addiction se ressentaient sur son travail.

Pour financer sa consommation, Cédric dealait du cannabis, faisait de *« petites magouilles »*, Michel et lui étaient criblés de dettes, ils ont dû rendre leur appartement et retourner vivre chez les parents de Michel.

Au bout d'un moment, il y a eu des tensions entre eux à propos de la drogue, Cédric est parti et s'est retrouvé à la rue : *« Je n'avais rien, je me démerdais, je dormais dans la voiture, j'allais à droite à gauche, quand je pouvais je dormais à l'hôtel, c'était rare. Je prenais des douches chez des potes, je faisais comme je pouvais, c'était vraiment la misère. »*

Pendant toute cette période, la famille de Cédric ignore tout de ses consommations, c'est en 2006 qu'il décide de venir vivre chez sa sœur Sarah qui vit à Hermanville avec son fils Kevin qui avait 10 ans à l'époque. Le projet de Cédric est de se poser chez sa sœur, de ne plus consommer ni héroïne ni subutex, se sevrer seul, discrètement, sans rien dire à personne. Sarah vit à Hermanville dans les quartiers Nord depuis plusieurs années, elle y a son réseau d'amis dont deux sœurs Fanny et Alexia et son ex compagnon, Popeye frère de Fanny et d'Alexia. Cédric a consommé jusqu'au jour de son arrivée, dès le premier jour, il ressent les

premiers symptômes du manque et avoue qu'il est en manque de subutex : « *Tout le monde a été au courant quand je suis arrivé ici. Parce que je ne gérais pas le manque. J'étais obligé de leur dire. Il fallait que j'aille voir un médecin pour avoir un traitement. Quand même, quand je suis arrivé ici, j'ai arrêté un petit moment (l'héroïne nda).* »

A son arrivée Cédric doit se réinscrire socialement (ANPE, recherche de logement, d'emploi etc.). Comme il ne connaît pas Hermanville, Popeye l'accompagne dans ses démarches, c'est un ancien toxicomane qui consomme maintenant occasionnellement. Cédric a rechuté assez rapidement après un mois environ : « *Le jour où j'ai craqué, j'étais avec Popeye a l'ANPE, il rencontre quelqu'un et me dit : « Attend j'arrive ». Ils sont partis aux toilettes. Puis en revenant, Popeye qui ne savait pas pour moi, avec lui on parle de tout, je parle de tout à part ça (l'héroïne nda), je ne lui avais pas dit à l'époque. Et puis lui il me dit directement : « Oh putain, il m'a filé une trace », dès qu'il m'a dit ça, ça m'a pris la tête. Tac j'ai demandé au gars et c'est comme ça que c'est reparti. Popeye ne savait pas lui, après je lui ai dit la vérité, lui il sait, il s'en voulait. Ce n'est pas de sa faute, il ne savait pas que j'étais dans cet engrenage là. »*

Peu après, Cédric a pris rendez-vous avec le CSAPA d'Hermanville, appelé « Le Passage », il a été suivi pendant 2 ans mais reconnaît qu'il n'était pas vraiment dans une démarche de soins, qu'il n'était pas déterminé à arrêter, « Le passage » lui a permis d'obtenir du subutex et de bénéficier d'un appartement thérapeutique. Cédric a toujours évité le « milieu toxicomane », ne s'y est jamais identifié, ne se sent pas des leurs. Au « Passage » il ne supportait pas la proximité, notamment dans la salle d'attente où il y avait beaucoup trop de monde à son goût qui parlait de drogues, de plans, de galères etc.

A propos de ses relations avec le personnel du « Passage » : « *C'est moi qui ai été au « Passage » pour mon traitement, j'ai vu des éducateurs parce qu'on était obligés, au début j'ai vu un psychologue mais ça m'a gonflé donc j'ai arrêté. J'en avais vu tellement des psychologues que j'ai l'impression de rabâcher tout le temps et ça ne change rien. Donc j'ai arrêté, j'en avais marre du « Passage » et de tout le monde là-bas. »*

A propos de son traitement de subutex, Cédric s'en fait prescrire depuis sa 1^{ère} crise de manque quand il s'était rendu à l'hôpital en région parisienne. Il en consomme régulièrement quand il est à cours d'héroïne pour ne pas ressentir le manque ou dans l'attente du dealer. La substitution ne l'a pas aidé car il n'était pas dans une démarche de soin, il n'avait pas de réelle envie de se soigner. A propos de cette première crise de manque : « *Le subutex ça m'a enfoncé, j'aurais préféré même qu'ils m'attachent le temps que ça passe plutôt que me filer ça. Sur le coup, ouais j'étais bien, à l'époque je me disais que c'est bien mais après je me dis : « Ils*

m'auraient laissé galérer, peut-être que j'y serais pas retourné, je ne sais pas, mais maintenant c'est pas un bon truc, ils me filent directement du Subutex parce que j'ai pété les plombs, ils m'avaient attaché et tout. J'ai pété les plombs sévère, je savais pas ce qui m'arrivait, j'étais au bout du rouleau, j'étais pas bien, je tremblais de partout j'avais envie de vomir. »

Cédric n'a que de vagues souvenirs de ses relations avec l'équipe du « Passage », il ne leur a pas accordé sa confiance ni reconnu de compétence dans la mesure où pour lui, ils n'ont pas dépisté qu'il consommait toujours et qu'il n'était pas dans une démarche de soins, ainsi qu'avec les personnes qu'il croisait dans la salle d'attente.

Quant à l'équipe de prévention du SHPS, Cédric a un discours différent. A propos de la première rencontre : *« C'était pour les enfants, je crois que c'est comme ça que j'ai rencontré le SHPS. Vous voyiez mes neveux Kevin et François, c'est Popeye qui m'a présenté, c'est comme ça que j'ai connu l'équipe et ça s'est bien passé. On a parlé des enfants, puis à un moment je me suis confié. J'ai dit ce que j'étais, ce que je faisais voila. C'est comme ça que je vous ai rencontré je crois. (...) J'ai dû en parler à Denis (éducateur au SHPS nda) que j'avais un traitement et petit à petit, au début je n'arrivais pas à en parler, je n'aime pas trop parler de ça (l'héroïne nda). Dès que je l'ai dit, j'ai senti que je n'étais pas jugé, que ça n'allait pas se savoir partout, j'ai senti que vraiment je pouvais me confier, qu'il n'y aurait pas de souci. Là, Je l'ai senti. »* Cédric compare l'équipe du SHPS avec les autres travailleurs sociaux dans les termes suivants : *« Ca n'a rien à voir, quand je vous ai rencontré, j'ai trouvé un vrai changement. Vraiment, nous êtes là pour aider, vous vous intéressez aux gens, vous bougez tout ça, vous venez nous voir, j'ai vraiment senti que vous voulez vraiment nous aider. Pas comme les éducateurs, où tous les autres à l'hôpital qui sont là pour faire leur boulot puis voila. J'ai vraiment ressenti que vous aviez envie de m'aider vraiment. Ça a été une grosse différence, là je me suis dit qu'il y'a vraiment des gens pour m'aider. Pas qui sont là pour attendre leur paye à la fin du mois. J'ai vraiment ressenti ça. (...) Mais les autres éducateurs là-bas au « Passage », ils nous disent fait ci fait ça, comme vous aussi quand vous dites fait ci, fait ça et que si je ne sais pas le faire vous allez m'accompagner. Voila, c'est carrément mieux. Moi je dis: « Ca a rien à voir, le SHPS et les éducateurs du « Passage » ça n'a rien à voir! »*

Depuis son arrivée à Hermanville, Cédric était hébergé chez sa sœur, le « Passage » lui a permis d'accéder à un appartement thérapeutique, normalement les contrats sont d'un an, il a bénéficié de son appartement pendant 2 ans : *« L'appartement thérapeutique, j'ai baratiné pour l'avoir, à l'époque il me fallait un logement et comme je consommais, je n'avais pas*

d'argent, je payais 60 € par mois. Je ne voulais pas m'en sortir à la finale. Il y avait un contrat, j'avais des rendez-vous à l'appartement, mais je n'étais pas dans l'optique de me soigner. Ça n'a pas servi à grand-chose, donc j'ai pris l'appartement jusqu'à temps que je ne puisse plus. (...) J'étais bien, je me sentais bien là-bas. Ca n'était pas comme maintenant, je n'en prenais pas autant (d'héroïne nda). Là, si j'ai pas d'argent j'en ai (de l'héroïne nda) à l'époque non, si je n'avais pas d'argent je n'avais rien. Il y a des fois où je n'en prenais pas, souvent à la fin du mois pendant une semaine ou une semaine et demie je ne prenais rien, je me contentais de mon traitement (subutex nda). »

A cette époque, Cédric est en couple avec Alexia, la soeur de Popeye et de Fanny, elle a 2 enfants, il s'installe chez elle à sa sortie de l'appartement thérapeutique. Il trouve un emploi de poseur de menuiserie, son salaire suffit à peine à couvrir sa consommation d'héroïne, il suit toujours son traitement de subutex.

En 2009, le SHPS l'aide à trouver un centre de postcure en Dordogne, c'est en tant qu'ancien intervenant en addictologie que je l'avais accompagné dans cette démarche j'avais été en lien avec le directeur du centre car Cédric avait laissé mes coordonnées sur son courrier de candidature. Il y est resté 3 mois, il a consommé lors d'une sortie de loisir et a mis un terme à son séjour : *« Là-bas ils étaient bien là pour nous mais, on avait un éducateur attiré qu'on allait le voir quand on voulait. Si on avait envie de lui parler on pouvait lui parler. Ça va, ils étaient bien, mais on ne travaillait pas sur ce que j'allais faire après. C'était pour gérer là-bas, comment gérer quand je n'étais pas bien, ils étaient là. On les voyait quand on en avait envie si je n'avais pas envie de les voir, je ne les voyais pas, c'était comme ça, mais ils étaient bien quand même, ils étaient à l'écoute. Par contre, pour aller à la posture, c'est encore le SHPS qui m'a aidé. C'est toi qui m'as aidé pour faire mes lettres, pour faire les démarches, parce que là j'avais vraiment envie de m'en sortir, j'en avais marre et il y a que vous qui m'avez aidé comme ça. De toute façon, je n'aurais pas demandé au « Passage » mais j'étais obligé de passer par eux quand même quand j'ai fait une cure. Sinon, pour aller en postcure c'est vous qui m'aviez aidé pour tout, pour tout faire les démarches, même pour le centre, pour savoir où je peux aller, c'est vous. »*

Suite à cette expérience vécue comme un échec, Cédric est dans l'évitement et se sent coupable par rapport au SHPS, il a fallu lui expliquer que l'équipe était toujours disponible et qu'il n'y avait pas de problème particulier avec lui.

Par la suite, Cédric a arrêté son emploi de poseur en menuiserie, il va de temps à autre chez sa mère en région parisienne, il peut y rester 2 ou 3 mois sans consommer d'héroïne, il prend juste son traitement de subutex, mais il rechute dès qu'il rentre à Hermanville : *« Quand je*

pars sur Paris chez ma mère je me sens bien, j'ai envie de sortir, j'ai envie de faire des trucs. Dès que je suis ici, je n'ai envie de rien, je ne pense qu'à ça (l'héroïne nda). Puis là j'ai craqué. Je n'arrête pas, de toute façon dès que je monte dans le train pour revenir ici, ça y est, je commence à avoir mal au ventre, des envies de vomir, tout... Alors que quand je suis chez ma mère je me dis même la veille du retour, ça y est ça va, je rentre à Hermanville et je n'y retouche plus et je n'y arrive pas... Ma mère ne sait pas pour l'héroïne, elle sait que je suis sous traitement parce que je lui ai dit que quand j'étais tout seul à Nanterre, quand j'ai perdu mon père, que j'ai pris un peu (de l'héroïne nda), pendant deux mois, après je lui ai dit que j'ai été à l'hôpital, que j'ai eu mon traitement (subutex nda), elle sait que j'ai mon traitement et que je ne consomme pas. Je ne me vois pas lui dire ça. »

Concernant le trafic dans le quartier Cédric explique qu'il y en a de plus en plus dans certains endroits : « *Même les jeunes maintenant ils vendent de l'héroïne, cocaïne, c'est pas difficile à trouver, pas du tout. Maintenant c'est devenu banal, je sais qu'avant c'était mal vu, avant un être toxicomane c'était mal vu mais maintenant ça y est tout le monde vend, c'est devenu presque comme le shite maintenant. Il y a 2 ans ce n'était pas comme ça, je dirais que ça fait un an maintenant que ça vend à fond. On voit l'argent facile, gagner beaucoup d'argent en peu de temps, tout le monde s'y met, les jeunes des mineurs, même les mineurs. C'est devenu banal. »*

D'après Cédric il n'y aurait pas plus de consommateurs mais c'est le commerce qui a changé, il y aurait plus de produits sur le marché et différentes qualités : « *Je pourrais avoir moins cher, mais c'est de la merde, de la coupe, il y a rien. Tu veux du bon, ben tu mets un peu plus cher et t'as du bon. Si tu veux du moins bon, tu paies moins cher mais t'as du moins bon, c'est comme ça que ça se passe maintenant. Je vois, moi ici, je paye 1 gramme pour 25 euros. Mais en face, je pourrais en avoir pour 20 €, mais c'est de la merde, quand je suis arrivé ici on payait 50 € le gramme. (...) Sur une journée au minimum mais vraiment minimum c'est 25 € c'est 1 (gramme) et au maximum je prends bien 4. Ça me fait 100 € pour la journée... (Silence) »*

En terme de santé, Cédric a des problèmes de cloison nasale depuis longtemps car il inhale l'héroïne mais aussi le subutex : « *Ma cloison nasale, ça y est il y a un trou dedans. J'ai mal, (...) Je me mets des angoisses tout seul, vu que pendant un certain temps je tapais (consommais nda) beaucoup, ça fait que je ne dormais pas beaucoup, je comatais mais je dormais pas, à force maintenant même quand j'ai ou j'ai pas (d'héroïne nda), j'ai des angoisses, je dors pas bien, j'ai du mal à me coucher. Par exemple, je suis toujours debout, je n'arrive pas à rester assis, je sens que ma santé... Je ne me sens pas bien, c'est ça qui est un*

peu bizarre, quand je suis sous traitement je me sens bien, je suis bien. Quand je suis sous héroïne je ne me sens pas trop bien mais je n'arrive pas à arrêter, dès que je peux j'y vais (chez le dealer nda) c'est plus fort que moi. »

Aujourd'hui, Cédric ne prend plus de subutex : *« J'ai arrêté ça, maintenant je prends de la méthadone, le Subutex je le sniffais avant, j'ai changé vraiment pour arrêter ça, je me sens mieux avec la méthadone et puis je peux pas la prendre n'importe comment donc c'est mieux... »*

Par rapport à la réduction des risques, Cédric se dit particulièrement pour sauf pour les salles d'injection qu'il imagine comme des salles de trafic avant tout.

Par contre, pour un éventuel partenariat entre le « Passage » et le SHPS, il se positionne clairement : *« Oui, je pense que oui carrément. Parce que comme je dis, avec vous déjà, je parle pour moi, après les autres je ne sais pas mais moi, j'ai plus de facilités avec le SHPS, je me sens mieux avec eux, donc je pense que le partenariat serait positif. Par ce que vous pourrez peut-être parler aux éducateurs du « Passage » pour leur dire ce qu'on pense vraiment, moi je n'ai jamais dit ce que je pensais vraiment au « Passage ». Ils vont me demander ce que je fais là si je dis ce que je pense... Oui je pense que ce serait bénéfique, carrément. »*

Un habitant confronté au problème dans sa famille :

Alain a 34 ans, il a un physique de sportif, musclé, volontaire. Il est arrivé sur les quartiers Nord d'Hermanville avec sa famille à l'âge de 2 ans en 1982. Il a grandi et suivi sa scolarité dans le quartier.

A 21 ans il sollicite le service de prévention spécialisée pour un accompagnement vers de la formation, il fait une formation qualifiante dans le bâtiment et reste en contact régulièrement avec le service. Il a travaillé dans différents domaines : bâtiment, travaux publics, sécurité, restauration. Depuis quelques mois Alain est intervenant social dans un foyer de jeunes délinquants.

Il s'est investi dans la vie associative du quartier, il a managé une équipe de handball, il est devenu une personne ressource pour le SHPS.

Alain est père de 3 enfants 11, 12 et 18 ans, il ne vit plus avec leur mère. Le père et le frère de son ex femme sont toxicomanes depuis longtemps. Il a tenté de les aider l'un et l'autre mais en vain. A l'époque il avait contacté le SHPS pour en parler et éventuellement les rencontrer mais l'occasion ne s'est pas présentée.

Pour Alain, il y a toujours eu du trafic dans le quartier, il se souvient de trafiquants en grosses voitures sur le boulevard périphérique.

Il explique que plus tard : « *La grosse montée en puissance du trafic c'est en 1995, ça devenait limite banal. Les dealers de came (héroïne nda) dans le quartier, on n'acceptait pas ça. Aujourd'hui, les petits du quartier vendent, en 10 ans ça a changé, avant les gens acceptaient les dealers de shite (cannabis nda) mais pas les dealers de drogues dures, à l'époque c'était l'héroïne ou la cocaïne, surtout l'héroïne. (...) Aujourd'hui, il y a des gamins de 14 ans qui vendent des boulettes de cocaïne ou d'héro. C'est devenu banal, même le shite avant n'était pas aussi banal, c'est plus facile à dissimuler et ça rapporte plus d'argent.* »

En 1995 Alain était adolescent, pour lui, il y a eu à cette époque des mouvements de populations et des personnes issues d'autres quartiers ont importé le trafic et la consommation d'héroïne. Concernant son ex beau-père, Alain me précise qu'il a 34 ans et que cette personne consomme de l'héroïne depuis plus de 30 ans. Quand il venait chez lui, il buvait tout ce qui lui tombait sous la main, vieilles bouteilles de vin entamées gardées pour la cuisine même si c'était devenu du vinaigre, eau de toilette : « *Tout ce qui était bon pour se shooter, il le prenait, il est toujours vivant, je me demande comment il n'est pas encore mort !* »

Pour son ex beau-frère plus jeune que lui de 6 ans, Alain semble plus affecté, il a travaillé avec lui dans le carrelage pendant 3 ans, il le considérait comme un bon carreleur. Au départ, l'addiction ne l'empêchait pas de travailler mais son état s'est dégradé : « *Il était de plus en plus à la bourre puis il venait de moins en moins, des journées il ne venait pas du tout, donc il a perdu la confiance des employeurs, des clients...* »

A un moment, Alain l'a hébergé chez lui, un matin, il a trouvé une dose d'héroïne sur le canapé sur lequel ses enfants prenaient leur petit déjeuner : « *J'imagine, si un de mes enfants l'avait mise dans sa bouche ! Je voulais le tuer.* »

Alain se montre désabusé face à cette expérience, il s'est senti en capacité d'aider son beau frère et la déception a pris le pas sur la confiance : « *Même quand il dit : « Je vais décrocher... » Même si tu as envie de le croire au début, tu ne peux pas avoir confiance, c'est pas possible. Si tu commences à faire confiance, je me suis fait avoir je ne sais pas combien de fois. La personne va bien se tenir pendant une semaine, elle va bien prendre son traitement... Il faut qu'elle coupe les ponts de toutes façons, puis à un moment elle va retomber et c'est une grosse déception... Surtout quand tu donnes de ton temps et que tu as des enfants à t'occuper en priorité et que tu t'occupes de personnes plus vieilles que toi en plus. Moi, je sais que si quelqu'un prend de l'héro, je n'aurais jamais confiance. Pourtant ils sont sincères sur le coup, ils veulent faire des efforts, ils s'engagent mais à un moment ils*

redescendent. J'ai retrouvé mon beauf allongé dans les marches, il s'était chié dessus, c'était bien face aux voisins... Il a été en prison, presque deux ans, il a fait son sevrage, on l'avait mis au CSAPA à l'époque, en cure pour qu'il ait sa méthadone, je l'avais accompagné, il avait déjà commencé à se soigner. Il a rencontré une prostituée, il lui fournissait sa came, il y a eu un problème et il a mis le feu dans ses poubelles. Donc, incarcéré pendant deux ans, il est sorti sevré même de la méthadone, ça a duré un mois tranquille puis il a replongé. »

Alain m'explique qu'il a été mêlé à des dettes avec un dealer, qu'il a retrouvé son beau frère dans le coffre de la voiture de celui-ci qu'il a dû s'engager à rembourser pour le récupérer. Alain finit par admettre : *« Moi j'ai tout fait mais j'étais tout seul et je n'étais pas spécialiste de ça, au bout d'un moment je ne pouvais plus. J'avais aussi mes problèmes à gérer, mes enfants à gérer, ce n'est pas pour en plus avoir des fardeaux qui te trahissent tout le temps. Tu te sens trahi en permanence... »*

Quand Alain parle de son adolescence et de son entourage à l'époque, il se dit avoir été épargné par les problèmes de drogue, certains amis sont tombés dans les addictions mais plus tard.

Concernant le trafic, Alain constate qu'il est de plus en plus visible et les vendeurs de plus en plus jeunes. Il vit près d'un lieu de vente et constate qu'il y a beaucoup d'appartements vides dans son secteur : *« Maintenant les gens ont peur, ils ont peur de quelqu'un qui attend le client en bas de chez eux, la Grand Rue est devenue mal réputée, entre les épiceries et les kébabs c'est devenu la psychose. Beaucoup de gens squattent, ça joue sur la vie du quartier. »*

Concernant la prévention spécialisée, Alain n'en connaît pas vraiment le fonctionnement si ce n'est l'orientation et l'accompagnement des jeunes. A ce sujet, il termine par : *« Mais où sont les moyens ? Il faut travailler avec tel type de personnes, telle tranche d'âge etc. Un éduc' de rue doit être là que tu aies 15 ou 50 ans ! »*

Quand je lui explique l'objet de mon mémoire, formaliser les partenariats entre la prévention spécialisée et les intervenants en addictologie, il me répond : *« Ca me paraît nécessaire, complètement nécessaire. Je te disais tout à l'heure que je ne ferai jamais confiance à un toxicomane, eux ils sont tellement méfiants de ce côté-là parce qu'ils en ont tellement vu, c'est clair qu'avec un accompagnement comme ça, ça se passerait nettement mieux, d'un côté comme de l'autre. »*

Une habitante dans une cité qui trafique :

Mme J. a 44 ans, elle est petite, maigre, blonde aux yeux bleus et mère de 2 enfants Christelle 14 ans et Fabienne 10 ans au moment de leur arrivée à Hermanville en 2011 dans le quartier du Val Gravé. Elles emménagent dans une cité constituée de tours de 8 à 10 étages construites dans les années 60, réputée pour des trafics divers notamment de stupéfiants. A leur arrivée Mme J. ne connaît personne à Hermanville, elle a choisi cette cité car le loyer correspondait à ses moyens, elle avait déjà vécu en cité dans d'autres régions.

Elle repère assez rapidement les allées et venues de certains jeunes au pied de l'immeuble, ceux qui surveillent et ceux qui contrôlent, elle comprend bien de quoi il s'agit : *« Evidemment j'ai repéré le trafic quand ils s'entassaient dans les halls, je me doute bien, je ne suis pas naïve. Évidemment il y avait des allers retours, ils repèrent vite, ou dans les alentours quand il fait beau, ils se mettaient aux alentours aussi mais toujours face au hall. J'avais bien repéré des choses comme ça. »*

Au début, ces mêmes jeunes se montraient aimables et serviables avec Mme J., il y a eu des tentatives de « drague » : *« Quand les jeunes me draguaient, les petits mots gentils et machin, j'essaie toujours de détourner ça avec un sourire pas du tout en les envoyant cagner, en étant trop brute. Je m'esquive voila car il faut s'esquiver pour ne pas froisser les gens. »*

Six mois après son arrivée, Christelle a subi quelques pressions au collège de la part d'enfants de la cité : *« Il y a un lien avec le collège là-bas, les petits frères connaissent et ils sont là. Donc, Christelle a eu des pressions, ils ont joué sur ma fille, ils ont vu que moi je n'avais pas peur. On répond gentiment, diplomatiquement mais jusqu'à un certain point ! On ne peut pas faire monter la mayonnaise, il ne faut pas rentrer dans leur jeu voila. »*

Les pressions sont devenues peu à peu plus insistantes : *« Ils ont essayé autre chose, ils ont été plus bruts, genre vous rentrez puis ils sont là à plusieurs, ils ricanent, ils vous suivent à la boîte aux lettres, des petits trucs comme ça... Ou l'ascenseur, ils vous suivent dans l'ascenseur, ils donnent grand coup de pied et ça coince l'ascenseur. J'ai essayé de ne pas riposter... Ne pas riposter c'est pas dire avoir peur. Ils ont compris que je n'avais pas peur. »*

Mme J. s'est plainte auprès du bailleur, ils l'ont écoutée et lui ont répondu qu'il s'agissait de jeunes de l'immeuble, qu'ils n'étaient pas méchants et qu'elle ne devait pas s'inquiéter. Elle est ensuite allée voir l'assistante sociale du secteur à 3 reprises pour lui dire qu'elle se sentait en danger mais celle-ci ne lui a pas donné de réponse.

La pression des jeunes va continuer, ils vont la suivre jusqu'à la porte de son appartement : *« Et donc ça a été des allers et retours derrière ma porte, c'était la nuit après, ils s'asseyaient, ils discutaient, ils parlaient fort, ils cherchaient comme une provocation ou je*

ne sais quoi pour que j'appelle la police, je ne le faisais pas parce qu'il y avait d'autres choses plus importantes à Hermanville que ça. Ils ne se sont déplacés que vers la fin. »

Quant au trafic, Mme J. pensait à un trafic d'héroïne mais imaginait un petit trafic de quartier. Une fois, elle a été suivie par un homme en voiture, il s'est mis à l'insulter, elle s'est dirigée vers le parking d'un supermarché, espérant que les gens interviennent en cas de soucis : *« Il a commencé à me parler, des gros mots, c'était de l'intimidation. J'ai pas eu peur, je me suis mise à la fenêtre de la voiture et je lui dis : « Maintenant ça suffit ! Et là, un vigile est sorti du magasin et lui il est parti. Je crois que c'est à partir de là qu'ils ont commencé à voir que la mère elle ne se laisse pas faire... Donc on va l'atteindre, on sait qu'une mère on l'atteint par ses enfants, ce qui fait le plus mal pour une mère c'est qu'on touche à ses enfants. »*

En février 2012, une femme a tenté de faire entrer sa fille Fabienne (10 ans) dans une voiture quand elle se rendait à l'école, celle-ci s'est mise à courir et à crier, elle en a parlé aussitôt à la directrice, Mme J. a déposé une main courante au commissariat de police.

Ensuite, les jeunes ont mis la pression sur Christelle (15 ans), en la suivant et en faisant courir le bruit qu'elle était une fille facile : *« Ce n'est pas supportable, c'est une torture morale. »* Il y avait des menaces de mort, des injonctions à partir et des insultes écrites sur sa porte.

Le harcèlement a continué, Christelle s'est faite violer par un jeune homme cagoulé pendant l'été 2012 : *« Elle ne la pas dit tout de suite. Parce que il y avait cette peur, ils jouent avec cette peur : « Si tu en parles à ta mère on va toucher ta petite sœur, elle va rester quelque temps sans rien dire. Puis un jour elle a craqué, elle m'a dit puis... Puis là, j'ai rencontré une super équipe, des gens formidables parce que sans eux j'aurais fait des bêtises. La première bêtise je descendais avec un couteau et j'en tuais un, je le faisais, n'importe qui, j'en tuais un, n'importe lequel, il payait pour les autres. Ou alors je me jetais par la fenêtre. »*

Pour Mme J. c'est le SHPS la super équipe : *« Le collègue a donné votre carte aux HLM parce que moi, j'avais demandé à déménager. D'où votre importance dans les cités, parce qu'il y a beaucoup de gens qui se taisent et qui subissent, qui n'osent pas bouger. Moi, j'ai osé et j'ai bougé, il y a beaucoup de gens qui ne font pas et qui subissent. Ils étouffent. »*

Quand Mme J. a contacté le SHPS la 1^{ère} fois, elle n'avait pas confiance dans les services sociaux et avait peur de se faire retirer ses enfants : *« Moi, j'ai hésité à vous appeler, je sentais que j'avais envie de parler. Je ne pouvais pas rester comme ça, c'était trop grave, je ne pouvais pas faire plus. Mais la pression elle est là, et là j'ai été très contente de vous contacter. Parce que vous m'avez accompagnée, quand je vous ai eu au téléphone la première fois, je vous ai craint. Si c'est pour vous faire enlever vos enfants par derrière, parce qu'on se fait des films. J'ai été assez brute, je me rappelle du dialogue, alors là on m'a expliqué ce que*

c'était la prévention, que vous étiez là pour les enfants, les enfants ça veut dire le bien-être des familles, le bien-être des cités. Et puis pour assurer une liaison entre tout le monde, ça c'est très important ça. Une liaison entre le collège, les services sociaux, pour demander du travail aussi, entre pleins de choses. Les démarches, des fois on n'a pas le courage, encore expliquer son cas aux médecins, à la CAF, à machin tout ça... Se sentir accompagnée, ne plus être toute seule, pour moi ça m'a sauvée, ça m'a sauvé la vie. Un grand merci encore et j'en serai toujours redevable. Parce que franchement... Je n'aurais pas continué d'avancer. Même pour les enfants vous avez toujours été là. Parce que moi je n'ai pas de moyens, pas de famille, pas de voiture. Fabienne et Christelle ont fait du cheval, fait des sorties, on a fait des choses ensembles pour sortir des problèmes et prendre du recul. Vous avez été là aussi quand j'avais envie de parler, les enfants ont besoin de parler, vous êtes toujours là. Ça c'est très important... Malheureusement, vous n'êtes pas assez nombreux. Malheureusement les gens ne voient pas ça, ceux qui ont du boulot, ceux qui ont un petit boulot tranquille, tous ceux qui sont fonctionnaires à la mairie, ils voient pas le travail que vous faites, ils se rendent pas compte, ce que ça peut apporter, vous encadrez les jeunes, vous encadrez les familles, les encadrez sans que ce soit policier. Quand on est comme ça dans les difficultés et tout, c'est fatigant, on se sent toujours jugé. Alors qu'on fait ce qu'on peut, avec vous on n'a pas le sentiment d'être jugé et on avance en plus. Même avec les services de police, moi je vous ai fait une pub pas possible. J'étais tellement contente de rencontrer des gens comme vous et encore maintenant, vous m'avez aidée à déménager aussi. Physiquement, vous êtes là sur le terrain, c'est formidable. C'est vrai ce que je dis, sans vous j'aurais fait une grosse connerie, vous m'avez sauvé la vie, vous avez sauvé la vie de ma fille, de mes enfants et puis je me relève. Ma famille elle n'est pas disloquée, j'aurais fait une énorme bêtise tellement je n'en pouvais plus. »

Le SHPS a accompagné Mme J. dans toutes ses démarches administratives, mais aussi a passé du temps à parler de tous ces éléments de son histoire, a inscrit Christelle et Fabienne dans certaines actions collectives (équitation, sorties)...

Au mois d'octobre, une opération policière de grande ampleur a lieu dans la cité dans le cadre de la lutte contre le trafic de stupéfiants. Mme J. est mise en garde à vue, suite à une dénonciation, elle est accusée d'être une nourrice²⁷. Son appartement est perquisitionné, elle avait préparé ses carton pour déménager, ils ont tout vidé : « *Ca a été un choc, je suis traumatisée, il y a eu un chien aussi qui est venu à la maison pour renifler. Et moi, ça m'a fait*

²⁷ Personne qui garde de la drogue chez elle pour que la police ne la retrouve pas chez les trafiquants.

très mal parce que le mec qui avait fait ça à ma fille il était dehors et c'est moi qu'on prenait pour une coupable. Et là heureusement, encore une fois le SHPS est intervenu parce que je n'avais personne pour mes enfants. Je vous ai appelé et vous avez pu faire ce qu'il fallait pour les enfants. À ce moment-là quand j'étais là-bas, lui il a pris des gants pour aller chercher les enfants, parce que eux aussi ont été en garde à vue. Ils m'ont fait sortir, ils avaient fouillé la moitié de mon appartement, mais bon, ils m'ont expliqué que je correspondais au profile, j'étais suspectée pour trafic d'héroïne. Je n'ai personne, je vous ai appelé vous, puisqu'on a le droit à un coup de téléphone, j'étais tranquille après parce que vous avez pris la relève auprès des enfants. Vous avez été au commissariat pour les enfants, j'étais rassurée, heureusement, parce que sinon, mes enfants on les mettait à la DDASS. Encore un autre traumatisme, alors qu'on est des victimes. Vous m'avez empêchée de me mettre en colère, vous m'avez dit d'aller à l'avocat, d'arranger les choses... Vous arrivez toujours à encadrer la personne, dans une raison, je me rappelle quand c'est arrivé à ma fille, ma première réaction c'était je vais prendre un couteau et je vais tuer, je vais tous les tuer. Je me rappelle ce que vous m'aviez dit, il faut d'abord s'occuper de la victime, après on s'occupera du coupable. Et ça, ça m'avait calmée. Après j'ai eu ma fille, j'ai vu son visage et tout... Ça, c'est important votre rôle. Ça, Les politiques ne le savent pas ou ne veulent pas le savoir, ou ne veulent pas l'entendre, mais c'est hyper important des équipes comme vous, il devrait y en avoir 10 fois plus. Ça ferait moins de délinquance, de choses comme ça et beaucoup de choses constructives au niveau des cités. »

Suite à la garde à vue, le SHPS a accompagné Mme J. dans la recherche d'un logement en dehors du quartier. Au mois de novembre il a fallu l'aider à déménager : « *Moi, de votre part, j'ai entendu : « Bien on est là, on est là. » Vous avez trouvé un camion, ça a été un plaisir mon déménagement, y a pas une histoire de sous, non simplement : « On est là. ». Donc vous m'avez toujours accompagnée dans mes démarches, ça c'est important. J'ai parlé librement, vous étiez là à coté, vous m'avez accompagnée. Et j'ai réussi à avoir un logement, tout petit soit, qui est tout petit c'est vrai, qui est pas tout neuf et l'environnement est autre. J'ai le collègue en face, j'ai tout à coté, vraiment je suis tranquille. »*

3) PRESENTATION DES STRUCTURES ENQUETEES :

La « Maison de l'Adolescent » :

La « Maison de l'Adolescent » a ouvert à Hermanville en 2000. Aujourd'hui 25 personnes y travaillent, sur trois types de dispositifs :

- Le dispositif d'accueil, dispositif de première ligne, constitué d'une équipe d'une dizaine d'intervenants : infirmiers, infirmiers psy, infirmiers en puériculture, éducateurs. L'équipe qui a pour mission de recevoir les adolescents avec ou sans rendez-vous, la plupart du temps sur rendez-vous. Leur mission, sur un nombre d'entretiens limités, cinq environ est d'évaluer la demande de l'adolescent, ses difficultés, sa souffrance et proposer un dispositif de prise en charge si nécessaire.

- Le dispositif de liaison avec le service pédiatrie de l'hôpital où sont hospitalisés un grand nombre d'adolescents, l'équipe de la « Maison de L'Adolescent » y intervient directement.

- Le dispositif EPELA depuis septembre 2013, EPELA (Equipe Paramédicale d'Evaluation et de Liaison pour Adolescents) c'est une équipe qui a été a montée à demande de l'ARS pour venir en appui auprès des établissements sociaux et médico-sociaux qui sont en difficulté dans des situations de jeunes ou d'adolescents généralement en grande difficulté. L'idée est d'apporter non pas une expertise mais un appui technique sur un temps donné, à propos des cas complexes c'est-à-dire les situations qui mettent à mal les institutions qui ont besoin de réfléchir avec un regard extérieur sur les prises en charge. Le dispositif EPELA permet d'éviter de se retrouver face à des situations trop dégradées et d'intervenir en amont avec des professionnels extérieurs. Amener les professionnels de ces établissements : foyers, MECS, ITEP, IME etc. à réfléchir et à voir comment ils peuvent ajuster leurs prises en charge et éventuellement les aider à porter, à avoir un regard sur ce qui quelquefois entraîne des dysfonctionnements au sein des structures. Le dispositif peut être sollicité par un directeur, un cadre ou une équipe, ce n'est pas de la supervision car ce n'est pas une intervention qui dure, c'est un diagnostic qui se fait en équipe sur 3 à 5 réunions.

Le « Passage » :

La structure existe depuis la fin des années 70 à Hermanville, depuis 2010 le « Passage » fait partie de la 3^{ème} association gestionnaire du centre, chaque changement d'association a généré un changement de direction et une évolution du projet thérapeutique.

Le « Passage » dépend d'une association dont le siège est à Paris, elle emploie 300 salariés, avec différents établissements dans toute la France.

A Hermanville, 33 salariés sont répartis 3 services :

Dans chaque service il y a des équipes pluridisciplinaires : médecins, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers, secrétaire et un animateur sur le CAARUD.

a) Le CSAPA :

Centre de Soins d'Accompagnement et de prévention en Addictologie pour tous les types d'addictions avec ou sans produits telles que le jeu pathologique, l'addiction au sexe, au sport, aux jeux de hasard, jeux en ligne, jeux vidéo. Le CSAPA reçoit le public, les personnes concernées par une addiction ainsi que leur famille, en individuel et sur rendez vous. Il propose un accompagnement social, éducatif, médical et psychologique.

b) Le CAARUD :

Centre d'Accueil d'Accompagnement et de Réduction des Risques des Usagers de Drogues existe depuis 3 ans, 3 intervenants sociaux y travaillent sur 2,5 ETP (Equivalent Temps Plein) et une psychologue qui intervient ponctuellement sur l'une des 3 permanences hebdomadaires. Ce service est ouvert au public trois 3 demies-journées par semaine sous forme de permanences, c'est de l'accueil collectif, c'est de la réduction des risques avec distribution de matériel d'injection. Le public dispose de douche, lave linge, sèche linge, d'une cuisine équipée pour la préparation de repas collectifs ou individuels. Ce sont des personnes marginalisées, souvent en errance ou à la rue qui ne sont pas encore dans une démarche de soins. Le CAARUD reçoit 140 personnes par an et une quinzaine de personnes par permanence en moyenne.

M. Gabriel Belluet : « *La majorité du public que l'on reçoit sont des personnes qui vivent en grande précarité, les 3/4 sont en situation de rue, en squat, dorment à droite à gauche chez les copains puis quand le copain n'est pas là ou qu'il y a une embrouille quelconque ils se retrouvent à la rue. On a très peu de personnes insérées, au niveau du logement en tout cas. Quand il y a du boulot, c'est le must.* »

Les accompagnements individuels d'ordre médico social se font en dehors des permanences.

c) Les hébergements :

Cinq Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et une structure collective de quatre places accueillent des personnes ayant des pathologies invalidantes, auparavant on y accueillait des personnes atteintes de VIH, celles-ci mourraient dans la structure. Maintenant avec les traitements les gens retrouvent une autonomie mais ils sont en précarité sociale et

médicale, deux AMP (Aide Médico Psychologique) et un infirmier psychiatrique y travaillent. Trois Appartements Relais Thérapeutiques (ART), ils sont en lien avec le CSAPA, les hébergements durent logiquement six mois renouvelables une fois mais face à la difficulté de retrouver un appartement autonome il y a parfois des exceptions dans la durée d'attribution.

Le Service Hermanvillais de Prévention Spécialisée (SHPS) :

Le SHPS existe depuis 2002, après avoir répondu à l'appel d'offre du conseil général pour la création et l'implantation d'un service de prévention spécialisée sur les quartiers Nord d'Hermanville. A l'époque le service dépendait de l'Association Hermanvillaise pour l'Enfance et l'Adolescence (AHEA) qui a fusionné en 2004 avec l'Association Départementale de la Protection de l'Enfance (ADPE) qui est une association importante implantée sur l'ensemble du département. Chacune des deux associations avait une bonne connaissance et de l'expérience dans la protection de l'enfance (internat, milieu ouvert, placement familial, insertion, formation, suivi jeunes majeurs etc.) mais pas de connaissance particulière en matière de prévention spécialisée.

Au début, l'équipe était constituée d'un chef de service, de 6 intervenants sociaux et d'une secrétaire. Le service avait ses locaux autonomes en centre ville et était rattaché administrativement au service d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO). Depuis septembre 2013, suite à la baisse budgétaire, il ne reste que 3 intervenants sociaux et le SHPS a été rattaché au Centre de Formation et d'Insertion (CFI) de l'association. Bernard Vautier chef de service du CFI encadre le SHPS sous la direction de Mme Nadine Revet directrice de l'AEMO.

Depuis 2013, le conseil général demande à l'ensemble des services de prévention spécialisée de centrer leurs actions sur les mineurs et leur famille. Il a diminué les territoires d'intervention du SHPS compte tenu de la baisse du personnel en retirant une partie du quartier du Val Gravé, le quartier Saint André et le quartier des Belges.

Dès le départ, personne n'avait eu d'expérience en prévention spécialisée, il a fallu tout construire, aller sur le terrain à la rencontre des habitants et des institutions pour se faire connaître. C'est au fur et à mesure des actions collectives et des accompagnements individuels que le service a trouvé sa légitimité auprès de la population et des partenaires. C'est un travail qui a pris du temps, l'accueil a été généralement favorable, il a fallu gagner la confiance des habitants, vaincre la méfiance et « aller vers » en permanence. Le bouche à oreille a bien fonctionné même s'il a fallu faire face à quelques « tensions » dans les premiers temps. Les territoires étant très étendus (800 hectares), le service a opté pour privilégier le

travail de rue, le SHPS ne dispose donc pas de local sur les territoires. Chaque intervenant est joignable sur un portable professionnel, les numéros de téléphone sont disponibles chez les partenaires et l'équipe distribue régulièrement des cartes de visite où figurent les numéros de chacun aux habitants et aux partenaires.

II - LES LOGIQUES D'ACTION DES ACTEURS :

- Dans le cadre de l'enquête de terrain j'ai eu l'occasion d'interviewer un certain nombre de professionnels :

1) PRESENTATION DES ACTEURS :

✚ Du sanitaire :

La « Maison de l'Adolescent » :

M. André Zophu, Médecin Psychiatre, a fondé la « Maison de l'Adolescent » d'Hermanville au début des années 2000. Il est connu dans le domaine de l'addictologie au niveau local, il était administrateur puis vice-président du centre thérapeutique résidentiel le « Nouveau départ » où j'ai travaillé jusqu'en 2000. Il collabore avec le « Passage », CSAPA d'Hermanville et a participé activement à un cycle de conférence sur la thématique : adolescence / famille / addictions en partenariat avec l'Hôpital Général d'Hermanville, la « Maison de l'Adolescent » et le « Passage » entre 2010 et 2012.

A propos des consommations de drogues des adolescents il affirme : *« Je veux dire que quand on est confrontés aux ados on est forcément confrontés aux problèmes de la consommation. Ca fait partie des choses qui traversent la clinique adolescente d'une manière extrêmement large donc oui, on y est confrontés, rarement comme une porte d'entrée spécifique. Par contre après on retrouve ça de façon régulière dans les entretiens que nous avons avec les adolescents. »*

La pharmacie de quartier :

M. Mansouri est pharmacien, il est installé dans les quartiers Nord d'Hermanville depuis 1987, il a eu une première officine dans le quartier des Belges qu'il a dû quitter avec regrets suite à des démolitions de groupes d'immeubles car son chiffre d'affaire ne pouvait pas suivre la baisse de population. Il s'est installé depuis 2011 au Val Gruvé afin de rester sur les

quartiers Nord et garder sa clientèle du quartier des Belges. Il connaît bien ces quartiers dits « difficiles » mais pour lui, ce n'est qu'une réputation.

Du médico-social :

Le « Passage » :

a) Le CSAPA :

Mme Céline Baudet, CESF (Conseillère en Economie Sociale et Familiale) de formation, titulaire du CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'intervention Sociale) et directrice adjointe du « Passage ».

Lors de cet entretien, Mme Baudet est accompagnée d'Arielle Zébarki, éducatrice spécialisée au CSAPA et en formation CAFERUIS, elle est actuellement en stage à la « Maison d'Enfants » de l'Association Départementale de la Protection de l'Enfance (ADPE) (association dont fait partie le SHPS) et de Françoise Perrin éducatrice à la Croix Rouge et actuellement en stage de CAFERUIS au « Passage ».

b) Le CAARUD :

Mlle Aude Durand éducatrice spécialisée au CAARUD elle y effectue un remplacement de congé maternité, diplômée depuis juin 2013, elle a fait un stage en prévention spécialisée et y a travaillé pendant 3 mois.

M. Gabriel Belluet, a suivi une formation universitaire dans les sciences de l'éducation, avec une expérience en centre de formation, au SAMU Social de Paris à l'ESI, une autre en club de prévention au sud de Paris, il a été conseiller d'insertion en mission locale pendant 7 ans. Après il est revenu à Hermanville et a travaillé au « Passage », d'abord au CSAPA ensuite au CAARUD à 90 % et 10 % sur le centre pénitentiaire.

De l'intervention sociale :

Le Service Hermanvillais de Prévention Spécialisé :

Mlle Christine Allain, éducatrice spécialisée au SHPS depuis 4 ans. Lors de sa formation, elle devait faire un stage « Partenariat et Réseaux » et avait envie de découvrir la prévention spécialisée : *« On a tous des représentations où on a l'impression d'être sans filet en prévention spécialisée. Les quartiers dits « sensibles » ça impressionne un peu au départ. En*

prévention spécialisée j'ai eu la confirmation qu'on travaillait avec plein de services et d'institutions en fonction des difficultés des personnes, des familles, des enfants et des jeunes des quartiers Nord mais ça recouvre plein de problématiques différentes qui nécessitent de travailler avec des partenaires souvent différents. »

M. Denis Lebrun, Conseiller en Insertion Professionnelle (CIP), a travaillé en internat auprès de d'adolescents relevant de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) et de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse). Il a ensuite travaillé pendant 10 ans au Centre de Formation et d'Insertion (CFI) de l'association en tant qu'éducateur technique, il a encadré et organisé des chantiers écoles sur des projets nationaux ou européens (rénovation d'un château à Barcelone, chantiers forestiers dans diverses régions, atelier mécanique etc.). Il travaille au SHPS depuis 11 ans : *« Mission de protection de l'enfance dans le cadre d'un travail de prévention spécialisée. Travail de rue, accompagnement social, insertion sociale et professionnelle des habitants... »*

III - A L'EPREUVE DU PARTENARIAT :

1) QUI SONT VOS PARTENAIRE S ?

La question du partenariat est l'axe principal de ce mémoire. Il s'agit du point de départ de ma recherche, le partenariat entre les intervenants en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogues, la prévention de la toxicomanie et la réduction des risques.

J'ai interrogé chaque professionnel à propos de ses partenaires :

✚ La « Maison de l'Adolescent » :

Pour mon premier entretien j'ai rencontré le Dr André Zophu de la « Maison de l'Adolescent », il m'a expliqué leur fonctionnement en matière de partenariat : *« Nos partenaires naturels sont bien évidemment au niveau local « Le Passage » avec qui on a un partenariat depuis sept ou huit ans, on a une convention signée de partenariat qui nous lie à plusieurs niveaux. D'une part dans l'animation d'événements informatifs en général communs, c'était les cycles de conférences qu'on a réalisés il y a quelques mois, on a fait un ou deux colloques ensembles, le dernier colloque qu'on a fait l'année dernière à la fin du cycle s'inscrit aussi dans ce partenariat là. Ce partenariat implique des échanges de professionnels, les nouveaux professionnels qui arrivent chez nous ici passent deux ou trois jours au « Passage » et vis-versa. On accueille des professionnels du « Passage », ça permet de fluidifier des passages d'adolescents quand il faut les passer d'une structure à une autre. Voilà, c'est le premier partenariat, en matière de toxicomanie c'est le service d'alcoologie et d'addictologie de l'hôpital, avec lesquels on a des partenariats naturels par ce qu'on appartient au même pôle sur le GHH (Groupe Hospitalier d'Hermanville nda) c'est un partenariat régulier, beaucoup dans le lien parents/ados. »*

Ce type de partenariat est porté institutionnellement de part et d'autre et il est formalisé par une convention écrite, cela démontre une réelle intention de travailler ensembles et de mutualiser les compétences des uns et des autres pour améliorer l'accompagnement des usagers, le public adolescent consommateur de drogues en l'occurrence.

Jusqu'à cet entretien, je présentais et ressentais la nécessité d'élaborer un partenariat entre un service de prévention spécialisée comme le SHPS et une institution spécialisée en addictologie du type le « Passage ». Cette forme d'échanges de professionnels est pertinente car elle permet à chacun de connaître les autres professionnels dans leur environnement et de

se sensibiliser à d'autres connaissances et pratiques professionnelles. Ainsi, fort de cette nouvelle expérience, le professionnel peut sensibiliser et accompagner un usager vers l'autre structure en connaissance de cause.

Le SHPS a élaboré un certain nombre de partenariats depuis sa création. Pour illustrer mon propos je vais aborder le partenariat avec la mission locale. C'est un partenariat qui s'est élaboré au fur et à mesure, sans convention particulière. Il y avait une envie réciproque de travailler ensemble. Après quelques réunions institutionnelles, l'équipe du SHPS a commencé à accompagner certains jeunes à des entretiens individuels ou collectifs avec certains conseillers volontaires. La présence d'un éducateur, à la demande de certains jeunes, leur permet de s'exprimer plus librement et plus clairement sur leurs envies, leurs attentes, leurs motivations etc. D'autre part, face à un tiers, le conseiller mission locale peut clairement énoncer ce qu'il peut mettre en place pour aider à affiner et à réaliser le projet professionnel ou de formation du jeune. Ainsi, peu à peu le partenariat entre le SHPS et la mission locale est devenu naturel et profite aux jeunes qui en font la demande. Bien souvent, quand un jeune comprend que la mission locale et le SHPS travaillent ensemble avec l'objectif commun de le soutenir dans sa démarche d'insertion, il ne demande pas forcément un accompagnement physique mais plutôt du soutien moral, avant ou après l'entretien avec son conseiller. Il est arrivé qu'une adolescente explique qu'elle ressentait un blocage important à l'égard de son conseiller. Avec son accord, le SHPS en a parlé au conseiller qui s'est montré favorable à ce qu'elle change pour un autre conseiller à condition qu'elle en fasse la demande à sa direction, ce qu'elle a fait et tout s'est passé sans problème. Le SHPS a servi de tiers dans une situation complètement bloquée pour cette jeune femme alors qu'il suffisait d'en parler pour dénouer le problème.

C'est ainsi que j'imagine le partenariat entre le SHPS et le « Passage », après une phase d'échanges entre des professionnels volontaires du SHPS et du « Passage » (CSAPA ou CAARUD), l'équipe du SHPS pourrait orienter et/ou accompagner un jeune ou un adulte vers l'institution dont il connaît les pratiques professionnelles, le personnel, les valeurs et les compétences dans une démarche partenariale portée institutionnellement par les deux structures. Inversement, le « Passage » pourrait interpeller le SHPS pour des accompagnements classiques de la prévention spécialisée concernant les habitants des quartiers Nord qu'ils suivent.

Lors de cet entretien, le Dr Zophu a émis quelques doutes quant à l'objet de mon mémoire : « *Le milieu des intervenants en toxicomanie est un milieu très fermé, c'est-à-dire que les passages, voila vous êtes éducateur en prévention, vous êtes la preuve que l'on peut*

passer de l'un à l'autre, mais les intervenants en toxicomanie tournent dans le milieu de la toxicomanie et ne sortent pas de ce milieu. Un éducateur en prévention, demain il pourra travailler à la « Maison de l'Ado », dans une MECS, en ITEP, en IME. Le champ de la toxicomanie est un petit champ quantitativement mais qui est très fermé, autant dans les autres champs on voit bien que ça interagit, les professionnels passent d'un champ à l'autre, on est dans la protection de l'enfance dans le champ du handicap, voire dans le soin sanitaire. La toxicomanie c'est beaucoup plus difficile, les gens qui y entrent en sortent peu. D'ailleurs, c'est un champ qui a été très longtemps, c'est moins vrai maintenant, mais très longtemps sous qualifié. Historiquement, ce qu'on a constaté, dans la grande époque des postes d'éducateur, des années 70 à 80, on a vu la majorité des directeurs en fin de parcours aujourd'hui qui se sont formés sur le terrain au fil du temps, mais la professionnalisation est restée quelque chose de difficile dans le milieu de la toxicomanie. Il y avait une espèce de sur-professionnalisation qui les isolait professionnellement.

Ca serait compliqué pour la prévention d'aller dans le registre de la toxicomanie. Par ce que vous voyez, la démarche doit partir des intervenants en toxicomanie sinon ça va être très difficile à attaquer comme milieu. Vous êtes quelques-uns à avoir travaillé dans ce milieu là, pour beaucoup c'est difficile cette sortie là, ça commence, on en voit certains qui émergent, j'ai vu des gens du « Passage » aller vers la prévention spécialisée, on a vu comme ça des mouvements de glissements tout doux et effectivement, quand ils en sortent du milieu de la toxicomanie on les voit aller vers la prévention spécialisée. Je vois bien qu'il y a comme ça des affinités entre les deux. Mais c'est difficile de faire un pont, le milieu des intervenants en toxicomanie est un milieu fermé. »

Ces paroles du Dr Zophu m'avaient quelque peu désappointé sur le moment dans la mesure où c'était mon 1^{er} entretien dans le cadre de cette enquête, je n'avais pas encore rencontré d'intervenant en addictologie, je n'avais pas ce souvenir d'un milieu aussi fermé depuis que j'avais moi même travaillé dans ce domaine.

A la lecture de cet entretien, je réalise que nous ne parlions pas vraiment de la même chose, quand je parle de partenariat, il s'agit pour chacun de rester dans son domaine de compétence et non pas de se substituer l'un à l'autre. Il ne s'agit donc pas de faire de l'addictologie en prévention spécialisée ni « d'aller dans le registre de la toxicomanie » et inversement, il ne s'agit pas de passer d'un milieu à l'autre, mais plutôt de mutualiser les compétences des uns et des autres.

Le « Passage » :

Quand je me suis présenté au « Passage » pour rencontrer Mme Céline Baudet, directrice adjointe, j'avais encore à l'esprit les réserves du Dr Zophu à propos du milieu « fermé » des intervenants en addictologie.

a) Le CSAPA :

J'ai été bien accueilli, elle m'a spontanément proposé la participation de Mlle Arielle Zébarki, éducatrice au CSAPA en formation CAFERUIS et en stage à la « Maison d'enfants » de l'Association Départementale de la Protection de l'Enfance (même association que le SHPS) et Mlle Françoise Perrin éducatrice à la Croix Rouge en stage CAFERUIS au « Passage ».

A aucun moment de l'entretien je n'ai ressenti l'aspect fermé dont m'avait parlé le Dr Zophu, bien au contraire, les 3 personnes avaient des expériences professionnelles dans divers domaines du social, elles ont su faire preuve d'ouverture et de curiosité par rapport à la prévention spécialisée ainsi que pour la formation DEIS.

En préalable, Mlle Zébarki m'explique que sa thématique de mémoire pour le CAFERUIS portait aussi sur le partenariat entre les intervenants en addictologie et l'équipe de la « Maison d'Enfants » dans un 1^{er} temps et peut être s'étendre à l'ensemble de l'association (ADPE). Elle m'informe qu'une réunion est programmée entre l'équipe du CSAPA et celle de la « Maison d'enfants » pour le mois de mai. Je contacterai la direction de la « Maison d'enfants » pour demander d'y participer. Je constate donc une réelle volonté de travailler en partenariat de la part de l'équipe du CSAPA, tant du côté de la direction que du côté de l'équipe.

Mme Baudet aborde librement le sujet des partenariats : *« On a des partenariats avec la « Maison de l'Ado », on ne travaille qu'avec les éducateurs, avec l'hôpital. Les addictions sont partout et dans tous les champs de la société, on intervient au commissariat, au centre de détention, avec la justice, dans les écoles pour faire de la prévention, dans la formation professionnelle, on a un service prévention avec deux chargés de mission pour la formation.*

Il y a le service alcoologie/addictologie du groupe hospitalier d'Hermanville, dans lequel effectivement ont fait les sevrages, on travaille en étroite collaboration avec eux. Les différents services hospitaliers par rapport aux ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique), on a aussi la médecine qui s'occupe des maladies infectieuses qui nous envoie souvent des dossiers pour accueillir des personnes. Le docteur Rabelais, gastro-entérologue et hépatologue, vient tous les deux mois consulter au « Passage » pour les personnes qui ont des hépatites. On développe aussi les TROD, Tests Rapides à Orientation

Diagnostic avec AIDES, il y a un partenariat qui vient d'être signé. La « Maison de l'Adolescent », l'Equipe de Liaison Sociale pour l'Addictologie à l'hôpital. C'est l'équipe mobile de liaison, l'ELSA, ils vont dans les services pour rencontrer les gens qui ont des problèmes d'addiction dans les services de l'hôpital. On avait aussi une éducatrice qui avait un mi-temps justement avec l'équipe de liaisons mais pour des raisons financières, ça s'est arrêté au mois de janvier 2014. Mais, on a beaucoup de personnes qui sont à mi-temps ici et aussi dans d'autres partenariats aussi, avec l'entité « Passage ». Notamment le centre de détention, on a l'équivalent d'un temps plein d'éducateurs qui se rendent au centre de détention tous les jours. Pour justement aider les gens à aller vers le soin, pour le dedans et le dehors, pour qu'il y ait une continuité dans les soins. Le FIPD (Fonds Interministériels de Prévention de la Délinquance) finance avec la ville, pour les personnes qui ont été prises avec un taux d'alcoolémie en voiture ou violentes etc. qui sont le matin dans les geôles au commissariat, il y a un professionnel de chez nous chaque matin qui se rend au commissariat. Donc on est vraiment à l'écoute. Parallèlement sur le social, on participe à la veille sociale, qui a lieu sous l'égide de la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) pour se tenir informés de tout ce qui suit et j'anime le groupe cinq bis du PIL (Pôle Insertion Logement) à la communauté de communes qui traite des problèmes « précarité / addiction ». Donc, je suis animatrice du groupe et on travaille sur des situations concrètes, donc là vous voyez on va directement vers les gens. Ce sont des bailleurs, ce sont des professionnels de la Croix-Rouge, du CCAS, bailleurs privés/publics, la cohésion sociale de la ville d'Hermanville, on est quelque fois une vingtaine et on travaille sur des situations concrètes. (...) Nous avons un très bon partenariat avec la ville et ses représentants, on explique ce qu'on fait et ils sont aussi contents qu'on puisse accueillir des gens qui prennent soin d'eux. C'est-à-dire prendre des douches, se laver, laver leur linge, les gens qui sont à la rue c'est des gens qui prennent soin d'eux. »

b) Le CAARUD :

Le CAARUD travaille en lien direct avec le CSAPA, sinon l'équipe travaille ponctuellement avec L'Espace Solidarité Insertion (ESI), les CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et la Croix Rouge pour les domiciliations. Les professionnels des différentes structures se rencontrent au cas par cas car ils suivent et accompagnent les mêmes publics, les mêmes personnes et échangent des informations à leur sujet en vue d'améliorer les accompagnements.

La pharmacie de quartier :

Dès le début de notre rencontre, M. Mansouri le pharmacien déplore qu'il n'y ait pas de concertation entre les acteurs sociaux et médico-sociaux dans le quartier. Il connaît l'existence du SHPS, il avait rencontré l'ancien chef de service lors d'une réunion au quartier des Belges mais il n'y avait pas eu de suite.

A propos de partenariat, il déclare : *« On a des contacts réguliers avec le « Passage », même si on se voit très peu. C'est un centre qui en perd un peu, parce que les médecins traitants ont pris le relais (pour la substitution nda), je ne sais même pas s'il y a encore ce travail, je les avais incités à faire des formations aux médecins ou aux pharmaciens nouveaux. Mais aujourd'hui, ce relais me semble un peu grippé. »*

M. Mansouri se dit être en 1^{ère} ligne pour la vente de produits de substitution mais aussi de médicaments psychotropes, il est en contact avec quelques médecins et confrères avec lesquels il lui arrive d'échanger sur leurs difficultés, de son point de vue : *« Ce travail en réseau est obligatoire, je pense que si ça ne se fait pas le patient le sait. Mais, il y a quand même sur la vingtaine de patients qu'on a, il y en a deux qui essaient de (tricher nda)... Mais bon, on les a cadrés, ceux qui ne jouent pas le jeu ne viennent pas. Je suis très clair, si j'ai un doute je préviens le médecin, si je constate des dérives... »*

Le service de prévention spécialisée :

La prévention spécialisée s'inscrit dans une mission de protection de l'enfance, elle agit dans un cadre généraliste de l'action sociale. Pour mener à bien ses actions, la prévention spécialisée doit savoir s'entourer de partenaires spécialisés dans leurs domaines. Ainsi, le SHPS a dû construire un réseau de partenaires et entretenir les relations avec les uns et les autres.

Il s'agit de partenariats diversifiés avec :

- L'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Général, telles les assistantes sociales de secteur, la Protection Maternelle Infantile (PMI), les Travailleuses en Insertion Sociales et Familiales (TISF) par le biais des Centres Médico-Sociaux (CMS), les éducateurs en milieu ouvert (AEMO), les foyers, le Centre de Formation et d'Insertion (CFI).
- La Sécurité sociale, Caisse d'Allocations Familiales (CAF), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) etc.

- La ville d'Hermanville, la Cohésion Sociale sur des dispositifs tels que le Plan de Réussite Educative (PRE), la prévention de la délinquance, la prévention de la récidive, les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire etc.
- L'éducation nationale au travers des écoles maternelles, primaires, des collèges, l'Atelier Relais et les lycées présents sur les territoires.
- Les services d'animations de la ville d'Hermanville avec les Maisons des Jeunes et de la Culture (MJC), la médiathèque etc.
- La mission locale, le pôle emploi, les organismes de formation, d'insertion socio-professionnelle, le Centre d'information et d'orientation (CIO), le Centre de Formation et d'Insertion (CFI), les agences d'INTERIM etc.
- Le droit commun tels les bailleurs sociaux, les CHRS, l'Espace Solidarité Insertion (ESI), les associations caritatives, centres de loisirs...
- La justice avec la Maison de Justice et du Droit, le Service de Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), avocats etc.
- Le réseau associatif des quartiers (associations d'habitants, sportives, de loisirs, d'Accueil Post Scolaire (APS) (aide aux devoirs), d'aide aux migrants, d'alphabétisation etc.)...
- La santé, hôpitaux, cliniques, généralistes spécialistes, Point Accueil Prévention Santé (PAPS) etc.

Cette liste n'est pas exhaustive, un service de prévention spécialisée ne peut pas fonctionner tout seul, il a besoin de partenaires. L'ensemble de ces partenariats se sont élaborés au fur et à mesure en fonction des situations et des problématiques à traiter.

Denis Lebrun, intervenant au SHPS définit les partenariats de la façon suivante : *« Je dirais que le partenariat se fait en fonction des besoins ressentis pour les accompagnements, la nécessité d'enclencher un dispositif, les partenariats sont assez larges mais ils sont actionnés au coup par coup. Il y a des partenariats qui ne sont pas permanents, qui ne sont pas actifs forcément tous les mois de l'année avec les différentes structures, c'est en fonction des besoins, de ceux des habitants. Le plus gros des institutions nous connaît, on est repérés par les professionnels et les habitants. »*

2) LA PREVENTION SPECIALISEE : UN SECTEUR CONNU PAR LES ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE ?

✚ La « Maison de L'Adolescent » :

Le Dr Zophu considère la prévention spécialisée comme un partenaire, même s'il n'y a pas de formalisation de ce partenariat : *« Il pourrait y en avoir, mais là on n'en a pas. »* J'avais participé à l'animation d'un groupe de parents d'élèves dans un collège du quartier en tant qu'éducateur au SHPS, nous avons invité des professionnels de la « Maison de l'Adolescent » pour une intervention intitulée : *« Mon ado me prend la tête ! Pourquoi ? »* Ce type de partenariat avait très bien fonctionné.

Le Dr Zophu a un regard pertinent sur la prévention spécialisée : *« Je pense que vous êtes la « Maison de l'Ado » du social, c'est-à-dire que quand j'ai créé cette maison il y a 15 ans, l'idée c'était d'avoir une première ligne, extrêmement disponible et facilement accessible pour l'ensemble des adolescents en souffrance psychique. C'était de les rassembler ici pour que lorsqu'il s'avérait dans un deuxième temps qu'un accompagnement était nécessaire, en particulier sanitaire mais pas uniquement, on a une tonalité un peu trop sanitaire sur Hermanville, c'est pas le cas de toutes les « Maisons de l'Adolescent ». C'est une porte d'entrée extrêmement accessible, je vois la prèv' comme ça. Comme une porte d'entrée, comme ça, extrêmement libre, extrêmement souple, vraiment disponible pour les adolescents, sur leurs lieux de vie, la différence majeure c'est que vous vous êtes « in-situ » vous ne faites pas venir mais vous allez vers et vous avez le versant social de mon versant sanitaire. »*

A propos des addictions et de la prévention spécialisée il ajoute : *« Par définition la toxicomanie est signe de manière aigüe de certains troubles. La prise en charge, l'addictologie est un conglomérat de professionnels et de dispositifs, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un ou deux professionnels, un ou deux dispositifs de soins, de prises en charge, c'est l'articulation de l'ensemble qui fait que cela fonctionne. Donc il faut du soin, il faut du soin lourd, il faut du soin léger, il faut de l'accompagnement, il faut de l'accueil, il faut de l'écoute, il faut des dispositifs de distribution de seringues, il faut des appartements thérapeutiques c'est une espèce d'étoile le dispositif. La prévention elle y a sa place. Est-ce qu'elle a sa place plus que les autres ? Je ne crois pas. Elle y a sa place en tous les cas dans cette mission qu'on évoquait il y a un instant, d'accessibilité, c'est la question de l'accessibilité, proximité et non stigmatisation ».*

Je partage pleinement les propos du Dr Zophu sur ces 2 points, je les trouve essentiels car il

positionne exactement la prévention spécialisée à sa place et dans ses spécificités par rapport à la problématique des conduites addictives.

Le « Passage » :

a) Le CSAPA :

Céline Baudet connaît bien les quartiers Nord pour y avoir travaillé dans une structure d'accueil d'urgence pour femmes en difficulté avant d'intégrer le « Passage » : *« Oui, je connais la prévention spécialisée, je sais qu'elle a été décimée aussi il n'y a pas très longtemps, je la connais parce que je suis Hermanvillaise depuis longtemps, j'étais en stage aussi avec quelqu'un de chez vous, Denis Lebrun. Je pense qu'il faut bien connaître son territoire, savoir avec qui on travaille, le partenariat et le réseau est évidemment important, je connais les dispositifs hermanvillais. On suit l'actualité, de très près, c'est aussi maintenant notre rôle en tant que direction, de savoir ce qui s'y passe, de savoir les difficultés rencontrées, les contraintes budgétaires qui sont les mêmes pour tout le monde.*

C'est aller vers les gens, aider les familles en difficulté, les gens qui sont parfois invisibles qui n'osent pas aller au devant des professionnels, c'est faire du lien, moi c'est ma conception de votre rôle, d'accompagner aussi, de faire un lien, de faire tiers... »

Mme Baudet semble avoir une bonne connaissance générale de l'intervention sociale et de la prévention spécialisée.

b) Le CAARUD :

Mlle Aude Durand et M. Gabriel Belluet intervenants au CAARUD ont une bonne connaissance de la prévention spécialisée car ils ont déjà travaillé dans ce domaine, ils en connaissent les modalités, les modes d'intervention, le travail de rue et les fondamentaux (anonymat, libre adhésion, non mandatement), ils sont soumis aux mêmes fondamentaux dans leur champ d'activité.

D'une manière générale j'ai été agréablement surpris de réaliser que la plupart des mes interlocuteurs avaient une bonne connaissance de la prévention spécialisée, de ses modes d'intervention et de ses actions *« en 1^{ère} ligne »*.

3) ADDICTOLOGIE ET PREVENTION SPECILISEE : UN PARTENARIAT SOUHAITABLE ?

+ La « Maison de l'Adolescent » :

Le Dr Zophu a exprimé favorablement ses positions quant à la prévention spécialisée qui a sa place dans l'intervention en addictologie au même titre que tous les autres professionnels concernés par le problème, par contre il a émet des doutes quant à la volonté réelle des intervenants en addictologie à vouloir travailler en partenariat avec la prévention spécialisée car il définit ce milieu comme « fermé ».

Je n'ai pas ressenti cet aspect fermé des intervenants en addictologie dans mon expérience professionnelle et lors de cette enquête, bien au contraire, j'ai rencontré des personnes partantes pour envisager un partenariat.

+ Le pharmacien de quartier :

M. Mansouri est très demandeur en matière de partenariat, il se sent seul et isolé face au problème des addictions, il aimerait échanger avec d'autres professionnels d'autres secteurs de façon à améliorer l'action auprès du public toxicomane :

« Je me sens un peu coupable d'être un leader légal. Certains patients surconsomment, en sortant je retrouve dans les poubelles des emballages vides que j'ai vendu. Je pense qu'on n'a pas su appréhender le problème de la toxicomanie. Est-ce qu'il faut un peu plus de rigueur ? Il faut qu'on soit tous solidaires, que le médecin ne cède pas non plus systématiquement... Je prends pour exemple le fait que la plupart des médecins ne mettent pas « non-substituable » alors qu'on sait que le Subutex est revendu un peu partout. Effectivement, il y a des personnes qui veulent vraiment s'en sortir, on les connaît et on veut bien les aider. Dans une officine on a un personnel exclusivement féminin, elles sont agressées en permanence parce qu'il y a toujours des : « Je pars en week-end, je suis en déplacement, je vais travailler, donnez-moi mon traitement par avance... ». Il faut une ordonnance, on a cette pression, très régulièrement le type dit : « Je me suis laissé surprendre... » Ce qui est vrai souvent c'est que le médecin n'assure plus les disponibilités qu'il avait. Donc, il y a des gens qui sont sérieux qui viennent et qui nous disent : « Qu'est ce que je fais, c'est le week-end et j'ai pas mon traitement. » Et de l'autre côté, il y en a d'autres qui savent que le médecin n'est pas là car ils connaissent exactement son emploi du temps, ils l'appellent avant et ils viennent nous voir en disant qu'ils partent en week-end ou en déplacement pour le travail et je veux mon traitement cinq à six jours avant. (...) Là j'ai un patient qui prend de la méthadone, le « Passage » m'a

appelé en me disant : « Le patient vous a choisi, est-ce que vous en êtes d'accord ? » C'est la bonne démarche, ça implique que moi aussi je suis motivé et ça va le faire. (...) C'est exactement les mêmes traitements qu'on peut retrouver sur 2, 3, 4 ans. Mais moi, mon rôle est complètement délicat, si je dis au patient qu'il peut essayer de diminuer, on gâche un peu la relation, un médecin ne supporte pas qu'on lui dise ce qu'il a à faire. Là c'est beaucoup plus dramatique, on a jamais dit : « Est-ce que vous ne voulez pas essayer le dosage en dessous, vous êtes à 4 mg pour essayer 2 plus 1 pour passer à 3 mg ? » Là, ça obligerait à se dire : « Je suis encore écouté et je vais essayer. »

M. Mansouri est favorable à un partenariat avec la prévention spécialisée mais aussi avec l'ensemble des acteurs de façon à échanger et permettre d'harmoniser les pratiques des uns et des autres. De son point de vue, les jeunes médecins et pharmaciens manquent de formation et d'information en matière de traitements de substitution, ils ne cherchent pas à proposer des traitements dégressifs ainsi que pour les traitements de psychotropes. Autrefois le « Passage » organisait des rencontres et le discours du médecin de l'institution était validé par les médecins de ville.

Il conclue l'entretien sur ces mots : *« Le plus important c'est qu'on arrive à retrouver ce travail en réseau, que chacun soit bien conscient du boulot qu'il doit faire pour les aider à s'en sortir. Mais effectivement, il faut sortir du train-train, le médecin du coin de prévenir qu'on joue à trois avec le pharmacien et la personne, il faut que le « Passage » fasse ce travail de relais auprès des différents professionnels de santé parce qu'on n'est pas toujours au courant. Ils ont ce pouvoir moral sur tous les professionnels de santé, ils sont reconnus donc c'est facile de trouver des gens qui sont impliqués et informés pour faire des réunions, on les voit tout de suite. Il n'y en a pas tant que ça des professionnels intéressés pour aider cette population. »*

Le « PASSAGE » :

a) Le CSAPA :

Concernant un éventuel partenariat entre le « Passage » et le SHPS, Mme Céline Baudet s'est montrée favorable, elle a aussitôt fait un lien avec le type de partenariat déjà formalisé avec la « Maison de l'Adolescent » : *« Alors, moi je pense que, c'est ma façon de voir les choses, s'est posée la même question avec la « Maison de l'Adolescent ». On a eu des échanges de professionnels, de salariés dans nos structures. On a eu plusieurs personnes de la « Maison de l'Ado » qui sont venues ici passer deux ou trois jours et inversement. De façon volontaire,*

je pense que ça commence par là, voir comment on travaille, comment on s'y prend, comment on peut bâtir des ponts. Après, ça crée du lien, les gens se rencontrent, voient comment on travaille, je pense que c'est plus facilitateur. Néanmoins, les personnes de la prévention spécialisée peuvent tout à fait accompagner pour un premier entretien la personne, s'il n'y a pas l'envie de franchir la porte. (...) Après, il faut l'adhésion de l'équipe. Ça pourrait aussi bien être avec le CAARUD parce que ce sont des gens en grande précarité et pourquoi pas, présenter le projet en réunion de CAARUD ? »

Dans ces quelques phrases, Mme Baudet a démontré que le « Passage » est prêt à travailler en partenariat avec la prévention spécialisée, avec différentes étapes :

- Echanges de professionnels volontaires des 2 structures
- Observation, rencontres, échanges.
- Elaboration de ponts.
- Accompagnement pour un 1^{er} entretien.

b) Le CAARUD :

Ayant déjà eu une expérience en prévention spécialisée les 2 professionnels rencontrés au CAARUD se sont montrés particulièrement enthousiastes à l'idée d'un partenariat avec la prévention spécialisée.

Pour M. Gabriel Belluet : *« Tout type de partenariat ne peut être qu'enrichissant. La prévention spécialisée, on n'en n'est pas très loin. (...) C'est de plus en plus mis en avant par le monde des addictions, « aller vers » ça fait partie des missions des CAARUD, de pouvoir mettre en place des maraudes Nous malheureusement on ne le fait pas, c'est en projet mais ça dure et ça traîne. On est un peu tendus au niveau de l'équipe, par rapport au temps plein... (...) Pourquoi ne pas organiser des maraudes ensembles, voir ensembles si on peut se joindre à vous à certains moments sur des temps de travail de rue. Ce serait peut-être bien que vous veniez aussi avec nous pour distribuer du matériel. »*

Pour Mlle Aude Durand : *« Le CAARUD a une mission d'accueil mais doit aussi aller sur le territoire. (...) Un éducateur de la prévention et un intervenant du CAARUD pour entrer en lien avec le public que vous avez ? Moi, je serais totalement pour... Il y a une convergence entre le principe de la prévention spécialisée et ceux du CAARUD. Au niveau de la relation à l'autre, quand je suis arrivée ici, je me suis sentie à l'aise grâce à mon expérience en prévention spécialisée. »*

L'enthousiasme des 2 intervenants du CAARUD m'a renforcé dans le choix de l'objet de mon mémoire. Dans les pratiques quotidiennes de la prévention spécialisée la dimension de

l'« aller vers » est essentielle, nécessaire, c'est un des fondements de la prévention spécialisée. Ce n'est pas quelque chose qui s'acquière du jour au lendemain, ça devient un savoir faire à force de pratiques et d'expérience.

Le SHPS :

Mlle Christine Allain se dit favorable à un partenariat avec les intervenants du « Passage » et émet certaines réserves : *« Je pense que ce serait un partenariat intéressant parce qu'on en aurait besoin et eux auraient besoin de nous. Ça peut se faire sans que ce soit trop lourd, par exemple qu'ils viennent une journée ou deux au service pour voir comment on travaille, pour connaître les quartiers des personnes peut-être qu'ils accompagnent et voir comment sont leurs lieux de vie. Et pour nous, les connaître pour faciliter des entretiens ou des rendez-vous pour certaines familles où certains jeunes. Comme avec plein d'autres partenariats, je pense qu'il faut faire attention parce qu'on est plus que trois. Si on fait ça, on risque d'avoir de la demande surtout du « Passage » envers nous par rapport aux personnes qui vivent dans les quartiers Nord, du coup ce serait de l'accompagnement social pour des démarches et pour des personnes fragilisées, s'ils sont dans des démarches pour décrocher, c'est là où ils sont plus fragiles. Il faut pouvoir assurer derrière, c'est le seul garde-fou que je mettrais, c'est le temps que ça prendrait et la quantité de travail au vu du nombre d'éducateurs qui reste, sachant qu'il y a beaucoup d'autres choses à traiter sur les territoires. Peut-être, effectivement, dans une plus grande équipe comme on était avant on aurait pu le faire plus facilement. Sinon oui, ce serait une très bonne idée au contraire. Je pense qu'il y aurait des cartes à jouer et des rencontres avec des familles qu'on ne connaissait pas, qui en ont besoin, oui je suis sûre que ça fonctionnerait très bien. »*

M. Denis Lebrun se montre lui aussi ouvert à ce type de partenariat avec des réserves liées au nouveau contexte du service : *« Ca pourrait se construire effectivement, en fonction des besoins. On revient sur le partenariat dont on parlait tout à l'heure, le réseau partenarial c'est en fonction des besoins au même titre que la justice, la défense au niveau des avocats, les services de probation, c'est en fonction des besoins qu'on active ces services.*

C'est toujours intéressant de se connaître, de savoir ce que nos confrères font en terme de contenu de travail. Personnellement, je ne serais pas opposé à passer une journée avec eux pour découvrir leur stratégie de travail et sans doute découvrir beaucoup de choses que j'ignore. Maintenant, il y a des réalités aussi qui font que nous on est quand même une petite équipe, l'effectif a été réduit de moitié donc on s'est recentrés sur ce que le conseil général a posé en terme de public, c'est-à-dire mineurs et parents avec enfants. Après, si ça rentre dans

ces cases là ok mais si ce n'est pas le cas ça ne sera pas possible.

On a déjà accompagné des mères de famille toxicomanes par le passé avec des enfants, chacun œuvrait dans son champ d'intervention et les besoins de la personne. Aujourd'hui, il pourrait y avoir une concertation voire une coordination pourquoi pas. »

Cette partie de mon enquête démontre que les acteurs de la prévention spécialisée et les intervenants en addictologie émettent une envie réelle de mieux se connaître, de se découvrir, d'établir des ponts, de faire des échanges de professionnels en vue de construire des partenariats afin d'améliorer l'accompagnement des publics qu'ils suivent en commun.

4) LES PREAMBULES D'UN PARTENARIAT :

Lors de mon entretien avec Mme Céline Baudet Du « Passage », Mlle Arielle Zébarki, éducatrice au CSAPA en formation CAFERUIS et en stage à la « Maison d'Enfants » D'Hermanville gérée par la même association que le SHPS m'avait parlé d'une réunion entre l'équipe du « Passage » et celle de la « Maison d'Enfants » en vue de la préparation d'un partenariat entre les deux structures le 23 mai suivant. J'ai contacté le directeur des internats, M. Patrick Schneider pour lui demander l'autorisation de participer à cette réunion, il a accepté.

Participent à cette réunion :

Pour le « Passage » :

- Mme Patricia Blivet directrice
- Mme Céline Baudet directrice adjointe
- Arielle Zébarki
- Catherine André responsable du service formation / prévention des addictions
- Valérie Pasquier assistante sociale et thérapeute familiale à la "Consultation Jeunes Consommateurs".

Pour la « Maison d'Enfants » :

- Jacques Giraud, chef de service, et l'ensemble de l'équipe éducative (psychologue, éducateurs, remplaçants, stagiaires) soit 25 personnes invitées sur une base de volontariat.

Invités :

- Un stagiaire CAFERUIS financé par le pôle emploi et moi-même en tant que stagiaire DEIS et salarié du SHPS.

- Jacques Giraud et Arielle Zébarki animent cette réunion.

Après un tour de table de présentation, de nombreuses questions fusent de la part de l'équipe de la « Maison d'Enfants » à propos de leurs difficultés personnelles et professionnelles par rapport aux consommations des jeunes dont ils ont la charge et de leurs parents :

- Comment travailler avec un jeune qui refuse le soin ? Qui banalise ses consommations ?
- Comment travailler avec les parents ?
- Comment travailler avec une obligation de soins ordonnée par le juge ?
- Comment amener les jeunes qui sont dans le déni vers une consultation, vers des soins ?
- Comment se positionner par rapport aux jeunes qui subissent la consommation des parents ?

- Comment accompagner les familles ou les proches qui subissent la consommation du jeune qui détruit les relations ?
- Comment travailler avec les parents qui sont dans le refus de parler de leurs addictions ?
- Comment améliorer la formation des travailleurs sociaux sur cette question ?
- Comment travailler avec les parents qui ont l'obligation de se soigner mais qui ne veulent pas en parler ?
- Comment travailler avec un enfant qui est dans le déni du problème de ses parents ?
- Comment travailler avec le « Passage » qui refuse de nous donner des indications sur le travail qu'ils mènent avec les parents ?
- Quelles sont les conditions d'accès pour les soins au « Passage » ?
- Nous éducateurs, sommes garants de la loi et du cadre, nous sommes dans la répression, que faisons-nous de la prévention ? Comment fait-on ?
- A partir de quand est-on addicté ? Qu'est-ce qui définit l'addiction ?
- Comment faire dans notre mission de protection de l'enfance quand un jeune deale ?
- Comment travailler avec des addictions culturelles ou sociales telles que l'alcoolisme ? Ou la consommation de cannabis chez les jeunes ?
- Comment combattre certaines convictions chez les jeunes telles que : « 80 % des jeunes Hermanvillais consomment du cannabis. »
- Comment réagir face à un jeune complètement « défoncé » ? Est-ce que l'on doit appeler le SAMU ? Quelle est notre responsabilité dans ce type de situation ? Ça arrive de plus en plus souvent, nous nous sentons démunis.

Le nombre de participants, le nombre de questions et le manque de connaissance des professionnels de la « Maison d'Enfants » à propos de l'addictologie indiquent un réel besoin d'être aidés et formés dans ce domaine.

Mme Patricia Blivet explique qu'elle ne pourra pas répondre à toutes les questions aujourd'hui faute de temps, elle présente le « Passage » et ses différents services, les différentes activités, le partenariat tout en précisant : « *En addictologie, prendre soin c'est aider à prendre soin de soi, derrière le soin il y a l'accompagnement, le terme est préférable à celui de prise en charge. Ce n'est pas un établissement sanitaire mais une structure médico-sociale. Nous sommes autant du côté du social comme vous et aussi du côté du sanitaire.* »

Mme Blivet a une position très claire sur le travail en partenariat : « *Les partenaires permettent de faire évoluer la réflexion, le CSAPA est une ressource pour les personnes et les professionnels*

concernés par l'addictologie, la réflexion doit être commune en fonction des expériences des uns des autres pour construire des stratégies, pour se sentir plus à l'aise avec les publics jeunes et parents. »

A propos d'un éventuel partenariat entre le « Passage » et la « Maison d'Enfants », Arielle Zébarki annonce : *« A propos de notre rencontre d'aujourd'hui, ce n'est pas faire de nous des experts de la protection de l'enfance, ni de faire de vous des experts en addictologie, il faut rester les uns et les autres dans nos missions. On est là pour réfléchir à nos pratiques et voir comment on s'articule les uns et les autres si demain on crée un partenariat. On devra encore s'adapter parce que les pratiques sont différentes. L'objectif c'est pour les usagers. Après, c'est d'avoir des personnes ressource au sein de la « Maison d'Enfants » pour accompagner les jeunes et éventuellement les orienter vers nous. »*

Un éducateur de la « Maison d'Enfant » : *« En « Maison d'Enfants » on est démuni face à ces problèmes, on doit travailler sur nos représentations des consommations, quand un enfant est malade on sait faire, quand il a consommé on se pose 1000 questions. La difficulté c'est que le jeune ne va pas vouloir faire la démarche pour aller au « Passage », il ne se sent pas malade, c'est comme pour la « Maison de l'Adolescent » ».*

A cette question, Mme Blivet va répondre par une question très simple : *« Et si nous, on venait ? »* J'ai trouvé cette réponse pleine de bon sens, digne d'une direction ouverte à un travail en partenariat avec une autre association.

Perspectives partenariales :

Arielle Zébarki fait une proposition d'organisation du partenariat entre le « Passage » et la « Maison d'Enfant », basé sur 3 axes de travail à développer :

- Auprès des professionnels.
- A destination des jeunes.
- A destination des familles.

A court terme c'est la réunion de ce jour, à moyen terme une journée et demie de formation dans les locaux du « Passage » pour 10 à 12 personnes dans un premier temps. L'idée étant de former deux personnes ressources au sein de chaque unité de vie de la « Maison d'Enfants ». A plus long terme, il faudra faire une évaluation de la formation pour envisager de reconduire l'action à d'autres professionnels.

Programme de la formation prévue pour septembre ou octobre 2014 :

- ½ journée de formation sur les représentations des uns et des autres sur les addictions.
- ½ journée sur les apports théoriques.
- ½ journée d'échanges sur les pratiques.

A la suite de ce programme de formation, Le « Passage » propose de rédiger un protocole afin de formaliser le partenariat et pour savoir comment travailler ensemble auprès des jeunes et de leur famille.

D'autre part, Mme Patricia Blivet propose la possibilité que l'équipe de prévention des addictions du « Passage » intervienne directement auprès d'un groupe d'enfants, consommateurs ou pas : « *La prévention, ça concerne tout le monde* » voire auprès d'un groupe de parents.

Mme Blivet conclue la réunion sur ces mots : « *L'idée c'est de vous aider à faire vous-même ce protocole, c'est co-construire. Le protocole vous appartient il permet d'avoir un langage commun auprès des jeunes et non pas un discours différent en fonction de chaque adulte et de ses représentations.* »

Cette réunion m'est apparue riche d'enseignements car l'équipe du « Passage » a affirmé sa réelle envie de développer des partenariats, notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, ce projet de partenariat sera porté institutionnellement et validé par les deux associations, je pense qu'il peut servir de préalable à un autre partenariat avec la prévention spécialisée, notamment avec le SHPS qui fait partie de la même association que la « Maison d'enfants ».

J'ai rencontré Jacques Giraud (chef de service de la « Maison d'Enfants ») au mois d'août, je lui ai demandé des nouvelles du projet, il m'a répondu qu'il y aurait une réunion en septembre pour formaliser le partenariat et qu'il m'y inviterait.

IV - LA REDUCTION DES RISQUES :

L'ensemble des acteurs s'est montré unanimement favorable en matière de réduction des risques pour les usagers de drogues. La réduction des risques concerne les risques mis en scènes envers soi, mais aussi envers les autres.

Tout le monde est conscient des dangers de l'alcool au volant suite aux différentes campagnes de la prévention routière. Même s'il demeure encore trop d'abus, ce qui est vrai pour l'alcool, l'est aussi pour n'importe quelle autre substance psychoactive et pas seulement au volant d'un véhicule. Toute personne sous effet de ces substances devient un danger pour elle même mais

aussi pour autrui, non seulement au volant d'une voiture mais aussi en deux roues avec ou sans moteur, en rollers, ou même à pied (cas du piéton qui traverse la rue sans réaliser la notion de danger).

La réduction des risques envers soi concerne l'utilisation de seringues à usage uniques mais aussi la préparation de celle-ci avec du matériel stérile (cuillère, coton/filtre, eau), désinfection de la peau avant et après l'injection. Pour les inhalateurs, il s'agit d'utiliser des pailles propres et à usage unique. De manière générale, il vaut mieux éviter les cocktails détonants de produits différents ou d'origine douteuse qui peuvent conduire au comas ou au surdosage.

Il est important de prendre conscience des risques encourus sont les mêmes quelque soit le type d'usage (occasionnel, récréatif, addictif etc.) et quelque soit le produit utilisé. L'infection aux hépatites ou au VIH ou l'overdose peut se produire à la 1^{ère} injection, l'accident de la circulation peut arriver à n'importe qui sous effet de produits quels qu'ils soient.

Pour approfondir mon questionnement sur la réduction des risques, je me suis permis de demander à chacun de mes interlocuteurs ce qu'il pensait des salles d'injections.

1) LES SALLES D'INJECTION :

La « Maison de l'Adolescent » :

A propos des salles d'injection le Dr Zophu se positionne de la façon suivante : *« Je pense qu'on y arrivera, c'est logique, ça freine, ça vient heurter les mentalités, c'est un dispositif qui peut paraître pour le béotien un non-sens c'est-à-dire offrir le produit mais vous avez connu ça comme moi, les distributeurs de seringues l'introduction de la méthadone...*

C'est pour ça que je pense que pour les salles d'injection, on y arrivera. C'est comme quand il a fallu mettre en vente libre les préservatifs au moment de la flambée du SIDA, maintenant il ne viendrait à personne l'idée que les préservatifs puissent être réservés à je ne sais pas qui d'ailleurs. Pour ce qui est des salles d'injection moi je pense qu'on n'y arrivera, ça va être compliqué parce que ça fait beaucoup fantasmer sur la toxicomanie. Il va falloir encore des années de travail sans doute. J'ai un peu regretté qu'à Paris Gare du Nord ils n'aient pas pu aller jusqu'au bout. J'ai suivi ça un peu, j'ai trouvé ça intéressant, ça a été fait de façon assez sensée, il y avait un portage politique qui tenait la route, dans le quartier ça remuait mais on entendait des choses intéressantes à faire sur ce lieu là. C'était symbolique. »

La pharmacie de quartier :

M Mansouri a un avis différent sur le sujet, sa position est tout à fait respectable : *« Moi, j'avoue que je suis contre, simplement parce que je dis qu'il faut arrêter aussi, à l'heure où tout le monde fait des économies. J'ai des familles qui ont deux SMIC pour vivre et qui ne peuvent pas se payer des mutuelles, donc si on rajoute ça ils ne vont pas comprendre : « Qu'on me paye une mutuelle à moi si l'État veut faire quelque chose. » Il y a des gens aujourd'hui qui ne peuvent prétendre à la CMU et qui n'ont pas les moyens de payer une complémentaire. C'est-à-dire que tous leurs soins ne sont pas remboursés entièrement. On rembourse déjà la Buprénorphine, la méthadone... »*

Le « Passage » :

a) Le CSAPA :

Sur ce sujet, Céline Baudet se projette dans l'avenir : *« Alors, nous sommes pour, mais cela ne dépend pas de nous, on a l'aval de la ville, qui serait prête à ouvrir une salle de consommation à Hermanville. On porterait effectivement le projet, mais politiquement vous savez que les personnes de droite comme de gauche sont très divisées sur le sujet. C'est encore tabou, je pense qu'elles sortiront un jour mais en tout cas à Hermanville, le maire y est favorable. Parce que justement nous avons bien expliqué que c'était la réduction des risques. Les gens qui parlent de « salles de shoot » sont contre, ils pensent qu'on va inciter à consommer, ce qui est complètement faux. C'est consommer propre. Les gens qui sont pour parlent de « salles de consommation » et c'est toute la nuance. Après c'est pareil, il y a plusieurs services, il y a des gens qui se voient plus travailler au CAARUD qu'au CSAPA, moi j'entends bien. Chacun va là où il se sent capable d'aller. Une infirmière, dans certains services elle est mal à l'aise, dans d'autres elle se sent plus à l'aise. Nous, institutionnellement, on est pou, très pour.*

Déjà il faudrait que ce soit validé par les politiques au niveau national, au niveau municipal ils seraient pour. Avec François Hollande, ça avait failli se faire, il l'avait promis, mais il y a eu un rétropédalage parce que politiquement c'est encore tabou. On est dans la réduction des risques, c'est bien le problème, des gens pensent que ça va inciter les autres à consommer alors que c'est l'inverse. Le but c'est justement de consommer propre. Est-ce que vous pensez que quand on voit placardé sur des bus « bar à vins, bars à bières ou machin » ça c'est inciter à consommer. Là on ne va pas faire de la propagande, là c'est pour que les gens consomment propre. C'est différent. »

b) Le CAARUD :

M. Gabriel Belluet a une posture militante sur la réduction des risques en général et sur les salles d'injection en particulier : *« Personnellement je suis pour à 100 %, c'est dans la continuité de la bataille de la réduction des risques. Les seringues en vente libre dans les pharmacies, c'est l'un des premiers combats menés par le mouvement de la réduction des risques, suite à la création des CAARUD qu'on appelait avant les « Boutiques ». Ça fonctionnait bien derrière l'Etat a voulu régulariser la chose car on a pu ainsi enrayer l'épidémie du SIDA chez les injecteurs. L'État a officialisé la chose avec des professionnels en mettant la main au portefeuille. Du coup, les « Boutiques » se sont transformées en CAARUD. »*

Le SHPS :

Pour Mlle Christine Allain, la salle d'injection est une étape pour accéder à un dispositif de soins : *« J'en ai entendu parler, il y a des personnes qui pensent que ça va être la possibilité de se droguer dans des salles comme ça, c'est l'avis populaire. Moi je pense que si ce sont des personnes qu'on accompagne pour décrocher par la suite, mais qu'on leur donne lieu sécurisé pour consommer parce que de toute façon elles ne sont pas en phase de décrocher à ce moment-là. Ce n'est pas dans des endroits sordides où les seringues seraient déjà salies. Je pense qu'effectivement, si c'est dans un processus d'aide, d'amener les personnes à décrocher au fur et à mesure avec un accompagnement et des discussions possibles avec des professionnels dans ces lieux-là. C'est intéressant parce que de toute façon les personnes on ne les empêchera pas de se droguer. Que ce soit dans ce lieu-là ou ailleurs, les personnes qui ne sont pas d'accord avec ces questions-là... C'est un problème éthique, c'est fermer les yeux sur ce qui se passe ailleurs, si ces lieux-là ne sont pas que des lieux de shoot, mais un lieu de parole et d'échanges, on peut amener des gens à conscientiser sur ce qu'ils font et ce qui se passe. Pourquoi pas, le but c'est de se mettre en lien avec ces personnes-là, essayer de les sortir de leurs addictions. »*

Pour M. Denis Lebrun : *« Je serais plutôt favorable parce que le problème du SIDA, des hépatites n'est toujours pas endigué, je pense que s'il peut y avoir de l'hygiène sur les shoots, les kits en pharmacie existent déjà, les distributeurs, au-delà de ça il y a un suivi médical, un accueil, ça casse le mythe du shoot dans un squat avec tout ce que ça comporte. Donc je suis plutôt favorable pour les gens qui n'ont pas le choix puisqu'ils sont obligés de se shooter, ils sont à une étape où le corps réclame, ça peut être une étape avant le soin. »*

L'ensemble des acteurs partage un avis favorable sur la réduction des risques au sens large, la position des uns et des autres converge à propos des salles d'injection à part pour M. Mansouri le pharmacien qui défend une position éthique différente tout à fait respectable et honorable.

V - CONCLUSION DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN :

Je rappelle ici que l'objectif de l'enquête de terrain est d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses de départ :

- Développer les partenariats entre les intervenant en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée afin d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogue.
- Favoriser la réduction des risques.
- Favoriser une prise en compte plus humaine du problème plutôt que de suivre la « bonne morale », la lutte contre les toxicomanie et les sanctions qui ne résolvent pas les addictions mais marginalisent et isolent davantage les usagers de drogue.

Tout au long de cette enquête, j'ai été assez surpris de la bonne connaissance des missions de la prévention spécialisée de la part de la plupart des acteurs, à part M. Mansouri le pharmacien qui est sur un versant sanitaire et connaît moins le secteur social mais il se sent isolé par rapport au problème des addictions.

De la même manière, les acteurs de la prévention spécialisée, Mlle Christine Allain et M. Denis Allain ont une bonne connaissance des missions des autres intervenants.

En terme de partenariat, seul le Dr Zophu a exprimé un bémol pour un éventuel partenariat entre les acteurs de la prévention spécialisée et les intervenants en addictologie particulièrement avec le « Passage », compte tenu de l'aspect fermé de ces derniers. Ce regard du Dr Zophu m'a quelque peu désorienté au départ car il s'agissait de mon 1^{er} entretien.

Les 3 rencontres avec les équipes du « Passage » (CSAPA et CAARUD) ont démontré une réelle ouverture d'esprit et une réelle volonté de développer leurs partenariats, non seulement avec la prévention spécialisée, mais aussi avec la « Maison d'Enfants ».

Quant à M. Mansouri, il a très clairement exprimé sa volonté de travailler en réseau avec l'ensemble des partenaires médicaux, sociaux et médico-sociaux afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques des uns et des autres.

En matière de réduction des risques, tout le monde y est favorable, voire même à la création de salles d'injection afin d'encadrer, d'orienter et favoriser le passage vers les soins, à l'exception de M. Mansouri qui se soucie des personnes qui n'ont pas accès aux mutuelles et doivent faire des choix économiques face à leur santé ou à celle de leurs enfants.

A propos du coté humain dans l'accompagnement des usagers de drogue, je l'ai rencontré chez chacun de mes interlocuteurs, professionnels et habitants, à chaque fois j'ai senti un

grand respect des personnes qui sont bien souvent considérées comme des parias dans leur entourage, dans leur quartier et dans la société. A aucun moment je n'ai entendu de discours moraliste, bien pensant à propos des consommateurs.

Que ce soit au CSAPA ou au CAARUD, j'ai ressenti beaucoup de respect, de compréhension et de tolérance même en cas de rechute d'une personne. La rechute fait partie du parcours de soin, ce n'est pas une raison pour exclure la personne du soin qu'elle est venue chercher. Quand je travaillais en postcure au « Nouveau Départ », il y avait un contrat moral entre les résidents et l'institution, ils devaient s'engager à respecter l'abstinence durant toute la durée du séjour sous peine d'exclusion avec la possibilité de réintégrer la structure ultérieurement. Ce respect et cette tolérance dont le « Passage » fait preuve à l'égard des personnes qu'ils accueillent montre l'évolution des pratiques en matière d'addictologie. La voie de l'abstinence n'est plus la seule vers la guérison, la substitution est une étape plus ou moins longue, parfois à vie, chaque situation étant particulière.

Malgré tout, la voie de la guérison demeure difficile, Cédric en est la preuve, la dernière fois que l'ai vu il m'a parlé de s'installer chez près de chez sa mère, son couple vacillait, il subissait les menaces de la part d'un jeune dealer du quartier...

Afin de terminer ma démarche, je vais maintenant proposer des préconisations afin d'améliorer l'accompagnement des personnes qui sont dans des conduites addictives.

TROISIEME PARTIE :
PRECONISATIONS

1) PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE :

Développer les partenariats entre les intervenant en addictologie et les acteurs de la prévention spécialisée :

Au fur et à mesure de l'élaboration de ce mémoire, le partenariat entre la prévention spécialisée et les intervenants en addictologie est apparu comme une évidence. Ce sont deux univers qui se connaissent peu, mais qui peuvent être complémentaires dans un certain nombre d'actions.

Ce type de partenariat peut se préparer en amont par une formation au CSAPA sur l'intervention en addictologie, des échanges de professionnels volontaires entre les deux structures afin de bien connaître les modes d'interventions de chacun.

Il est possible d'envisager un travail conjoint avec certaines personnes, préparer le premier entretien, accompagner physiquement et soutenir la démarche de soin.

Le CSAPA reçoit sur rendez vous, si la personne rate son rendez-vous, elle doit en reprendre un nouveau. Les modes d'intervention de la prévention spécialisée sont plus souples, elle peut agir avec la personne si nécessaire dans l'attente du rendez vous avec le CSAPA et éventuellement l'accompagner dans son champ de compétences.

La prévention spécialisée peut aussi aider le personnel du CAARUD pour « aller vers » en faisant part de ses expériences et en allant ensemble sur le terrain.

Ce type de partenariat peut s'élargir à d'autres types d'intervenants notamment à ceux qui travaillent auprès d'adolescents comme nous l'avons vu avec la « Maison d'Enfants » mais aussi avec les personnels de l'éducation nationale, des centres de loisirs, centres de formation etc.

Favoriser la réduction des risques :

La réduction des risques est une préoccupation pour l'ensemble des intervenants en addictologie que j'ai rencontré. Il est évident que la distribution de seringues et de matériel d'injection contribue à faire baisser le taux de sérologie au VIH ou aux hépatites.

Un travail sur l'hygiène tel qu'il se fait au CAARUD permet d'éviter la désocialisation en proposant de quoi se raser, se doucher, laver son linge, préparer un repas chaud, rencontrer d'autres personnes pour les plus marginalisés.

La prévention spécialisée peut aussi accompagner des personnes au CAARUD au même titre qu'au CSAPA en connaissant mieux le dispositif.

La réduction des risques concerne aussi les conducteurs, la première cause de mortalité chez les 18-25 ans est liée aux accidents de la route, 21 % des morts se sont révélés positifs au cannabis²⁸. C'est pourquoi la réduction des risques est une urgence.

+ Favoriser une prise en compte plus humaine du problème des addictions plutôt que de suivre la « bonne morale », la lutte contre la toxicomanie :

Comme nous l'avons vu, une législation plus souple envers la consommation de drogues n'est pas une fin de tous les interdits, c'est juste réfléchir aux conséquences de l'interdiction. Plus la loi sur la consommation est sévère et plus les usagers se cachent pour consommer de peur de se faire arrêter. L'exemple de la prohibition de l'alcool aux Etats Unis est flagrant, l'interdiction de l'alcool a favorisé les trafics, la corruption et enrichi la Mafia qui revendait de l'alcool frelaté de mauvaise qualité qui rendait les gens malades ou les tuaient. Il a fallu lever les interdits pour que les choses rentrent dans l'ordre. Là aussi, c'était au nom de la bonne morale que les interdits sont tombés.

Les pays qui ont fait le choix d'assouplir leur législation ont pu réduire leurs budgets consacrés à la répression de l'usage à la faveur de la prévention et du soin.

Quelque soit le type d'usage (récréatif, occasionnel, addictif etc.), les consommateurs consommeront, que ce soit pour le plaisir, le sentiment d'appartenance à un groupe ou pour assouvir leur addiction.

Sur ces questions, il faut beaucoup de réflexions et du temps car les questions liées aux addictions sont très complexes et les moyens alloués à leur traitement ne sont pas extensibles, au contraire ils sont plutôt à la baisse. C'est pourquoi il apparaît essentiel de réfléchir à des alternatives aux politiques en vigueur depuis les années 1970 au niveau international.

Un partenariat formalisé, c'est à dire soutenu par chaque association dans le domaine de l'addictologie et dans le domaine de la prévention spécialisée permet une mutualisation des compétences des uns et des autres au profit des accompagnements des usagers de drogue et de leur entourage :

- En amont de l'addiction (prévention).
- Pendant la période de consommation.

²⁸ Journal télévisé de France 3 du 28 août 2014

- Pendant la période de soins.
- Après la période de soins.

Les différentes étapes ne sont pas si linéaires, comme nous l'avons vu précédemment, elles ont plutôt tendance à s'entremêler et s'inscrivent dans le temps avec des périodes de doute, de découragement et de rechute.

Actuellement, la prévention spécialisée connaît l'existence du « Passage » et peut en communiquer les coordonnées en cas de besoin pour un usager, sa famille ou un proche. Il peut aussi y avoir un accompagnement physique jusqu'à la salle d'attente et l'accompagnement s'arrête là.

Par contre, après la rencontre entre les différentes directions, le module de formation organisé par le « Passage », quelques échanges de professionnels volontaires de part et d'autre, une meilleure connaissance des problématiques et des pratiques professionnelles des uns et des autres, il me semble clair qu'il est plus pertinent d'orienter et d'accompagner une personne vers un dispositif que l'on connaît et dont on partage les valeurs. A partir de ce moment, la prévention peut préparer la personne à appréhender sa première rencontre avec un professionnel du « Passage ».

Par la suite, le « Passage » pourra aussi faire appel à la prévention spécialisée, le SHPS en l'occurrence, en cas de besoin d'accompagnement social pour un jeune, un parent ou un proche issus des territoires Nord d'Hermanville. Il peut s'agir d'accompagnement social, médical, en lien avec la scolarité, le loisir, le logement, l'insertion, la formation etc. Choses qui ne se font pas avec les intervenants du CSAPA et qui font partie des missions de la prévention spécialisée.

Il ne s'agit pas d'empiéter sur les missions des uns et des autres mais plutôt d'amener une plus value à l'accompagnement en additionnant et en mutualisant les compétences des uns et des autres. Il ne s'agit pas de traiter l'addictologie pour les acteurs de la prévention spécialisée, ni de devenir des éducateurs de rue pour les intervenants en addictologie.

Comme nous l'avons vu, la prévention spécialisée est un dispositif de 1^{ère} ligne, c'est un mode d'action réactif qui peut se rendre disponible relativement rapidement en cas de nécessité. C'est à dire que toute personne qui veut joindre un éducateur de prévention peut le contacter par téléphone et obtenir un rendez vous ou une rencontre rapidement en fonction de l'urgence de la demande, d'autre part l'équipe de prévention est toujours à proximité dans le quartier, c'est un atout rassurant.

L'information : un outil de prévention.

2) PRECONISATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS :

Information / Prévention des addictions :

Suite à ce que disait le Dr Zophu à propos des consommations des adolescents : « *Je veux dire que quand on est confrontés aux ados on est forcément confrontés aux problèmes de la consommation. Ca fait partie des choses qui traversent la clinique adolescente d'une manière extrêmement large (...)*²⁹ ». Il m'apparaît essentiel de faire un travail de fond d'information et de sensibilisation auprès des professionnels qui interviennent auprès du public adolescent afin de discerner les différentes formes d'usages qu'il soient récréatifs, occasionnels voire problématiques.

Les professionnels concernés :

- Education nationale, notamment collèges et lycées.
- Centres de formation de travailleurs sociaux, d'animateurs, Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM)...
- Personnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Centres de loisirs (MJC, centres de vacances, camps d'adolescents etc.)
- Centres de formation professionnelle.

Il ne s'agit en aucun cas de faire de la diabolisation des drogues et de leur usage mais de sortir du tabou qui règne sur le sujet. On a vu dans le cadre de ce mémoire qu'il régnait une loi du silence autour du sujet du côté des consommateurs, des vendeurs et de l'entourage.

Toutefois, on parle peu du sujet du côté des structures citées ci dessus, la liste n'est pas exhaustive.

On parle de consommations de drogues dans les collèges ou les lycées, mais il est rare qu'un principal ou un proviseur en parle ouvertement concernant son propre établissement.

La prévention auprès des publics :

a) Auprès des plus jeunes :

Au même titre que la prévention du tabagisme ou de l'alcoolisme, l'information et la prévention à propos des consommations de drogues doit se faire auprès de publics jeunes, en

²⁹ p. 65 de ce mémoire

école primaire ou au collège. En effet, quand j'étais fumeur, que j'encadrais des actions collectives avec des collégiens, ils me renvoyaient un slogan : « *Le tabac c'est tabou, en en viendra à bout !* » quand j'allumais une cigarette. Les jeunes sont réceptifs aux messages de prévention.

b) Auprès des parents et des familles :

Les actions de prévention peuvent se faire dans le cadre d'associations de quartier qui accueillent des parents dans le cadre d'Atelier de Vie Quotidienne (AVQ), d'associations de parents ou groupes de parents dans le cadre d'actions collectives communautaires.

Ce type d'intervention peut se faire éventuellement avec un ex-consommateur de produits qui pourrait faire part de son expérience personnelle, un intervenant en addictologie pour son expertise, un acteur de la prévention spécialisée en tant qu'expert sur les territoires.

Ce type d'association est pertinente car l'entrée en contact avec les personnes est souvent complexe avec des inconnus, particulièrement sur un sujet aussi sensible, c'est pourquoi la présence d'un éducateur de la prévention spécialisée permet de faire tiers, rassurer et mettre les gens à l'aise car ils le connaissent lui ou le service.

Ce type d'intervention peut aussi se faire en lycée, centre de formation, centres de loisirs etc.

De manière générale il me semble que la prévention spécialisée doit clairement distinguer les différentes formes d'usages. Il ne s'agit pas de paniquer une mère si elle a surpris son fils en train de fumer du cannabis. Il s'agit d'établir le contact, favoriser la relation et la communication pour savoir de quoi on parle. Si la consommation s'inscrit dans un contexte problématique pour le jeune, si c'est une consommation régulière ou occasionnelle, s'il y a d'autres problèmes associés etc. Il ne s'agit pas non plus de banaliser un souci qui pèse dans une famille. Les actions de prévention sont des temps d'échanges qui permettent d'évaluer s'il est nécessaire de contacter le CSAPA ou de rencontrer le jeune pour la prévention spécialisée.

3) PRECONISATIONS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS :

 **« Aller vers » :**

Avant d'accompagner un sujet, il faut le rencontrer. Concernant le CAARUD, la prévention spécialisée peut partager son expérience et ses pratiques en matière d'« aller vers » en allant ensemble sur le terrain, en définissant les objectifs et un plan d'action. Il y a des techniques

d'approches, des erreurs à ne pas commettre, savoir choisir le moment opportun pour établir le contact ou pas.

La rencontre se fait généralement après un certain temps d'observation sociale, c'est à force de se croiser, de s'apercevoir que l'on peut se saluer, se présenter, expliquer nos missions et modes d'intervention afin de favoriser la relation et la mise en place d'actions.

Accompagner :

L'accompagnement de l'utilisateur peut se faire en amont pour préparer la première rencontre avec le « Passage », soit pour la personne concernée soit pour un membre de son entourage qui aurait besoin de se confier à un professionnel des addictions.

A la demande de la personne concernée, l'éducateur de prévention peut être en lien avec le ou les professionnels de l'addictologie qui interviennent dans le respect du secret professionnel qui lie chacun dans son domaine d'activité. Il n'est pas question d'intercéder ce qui se dit en entretien de part et d'autre. Cette question apparaît évidente dans la mesure où les professionnels de l'addictologie et ceux de la prévention spécialisée sont tenus au secret professionnel, ils n'ont pas compte à rendre aux autorités judiciaires ou administratives, ils peuvent donc garantir la confidentialité de ce qui se dit aux usagers, c'est un critère essentiel à la fois du côté du CSAPA et du côté de la prévention.

4) PRECONISATIONS EN MATIERE DE REDUCTION DES RISQUES :

Tout au long de l'élaboration de ce mémoire, j'ai pris conscience de l'importance de la réduction des risques.

Nous avons vu que les politiques de réduction des risques ont fait chuter le nombre de séropositivité au VIH à partir des années 90 grâce à la légalisation de la vente de seringues à usage unique, aux stériboxs, aux distriboxs, à la distributions de seringues et de kit d'injection dans les CAARUD etc. Au départ, il y avait beaucoup d'oppositions dans l'opinion publique à ce sujet, pour beaucoup la légalisation de la vente de seringues allait encourager la toxicomanie par voie injectable, il n'en n'a rien été et cela a sauvé des vies à une époque où il n'y avait aucun traitement en matière de SIDA.

Il en a été de même pour la vente et la distribution de préservatifs qui devait conduire la jeunesse à la débauche, dans les années 80, les pharmaciens pouvaient refuser d'en vendre en fonction de leurs croyances religieuses.

J'étais sensible au problème dès cette époque car les résidents séropositifs ou malades du SIDA que je rencontrais au « Nouveau Départ » vivaient dans l'angoisse de la maladie et la peur de la mort. Pour certains c'était une motivation de plus pour traiter leur addiction, pour d'autres l'angoisse était telle qu'ils abandonnaient le soin et rechutaient pour se réfugier à nouveau dans la toxicomanie.

Aujourd'hui, la prévention en matière de SIDA et la réduction des risques ont eu des effets notamment chez les toxicomanes injecteurs, toutefois les cas de sérologie à l'hépatite C demeurent importants car le virus est plus actif que celui du VIH.

Toutefois, en matière de consommation de drogue, d'alcool ou de tout produit psychotrope, le risque d'accident de la route est permanent quelque soit le type d'usage (récréatif, occasionnel, addictif).

La conduite :

La conduite d'un véhicule quel qu'il soit (voiture, moto, cyclomoteur, vélo, rollers etc.) ou même la circulation à pied peuvent provoquer un accident où la personne se met en danger elle même et autrui.

La prévention routière fait des campagnes de prévention par rapport à l'alcoolisme ou le téléphone au volant mais jamais pour les consommations de drogues qui sont aussi dangereuses voire plus quelque soit le véhicule utilisé.

Il y a donc un travail de prévention des risques liés aux consommations de drogues qui sont accidentogènes quelque soit le véhicule ou le produit consommé à mener.

Dans ce cas la conduite d'un véhicule sous effet de drogue doit être sanctionné au même titre que lors d'un dépistage alcoolémique positif.

Par contre le dépistage aux produits stupéfiants n'est pas fréquent en terme de sécurité routière et encore moins pour les conducteurs de deux roues avec ou sans moteur.

En cas de grossesse :

La consommation de substances psychoactives est fortement déconseillée en cas de grossesse. Tous les produits ont une incidence sur le fœtus qui a besoin de se développer dans un climat sain et serein. La prévention contre le tabac ne suffit pas alors que les autres substances peuvent aussi provoquer des fausses couches, des naissances prématurées, des carences de tous ordres ou des morts nés.

D'autre part, une addiction aux opiacés engendre systématiquement une dépendance physique pour le fœtus qui devra passer par une phase de sevrage physique à sa naissance.

C'est pourquoi un suivi médical spécifique de la mère doit être envisagé afin de lui proposer un traitement de substitution suffisamment dosé afin que le fœtus ne soit pas en manque.

Les consommations de drogues pendant la grossesse doivent faire l'objet d'une attention particulière au niveau médical mais aussi social, un bébé a besoin de sécurité et bénéficier d'une hygiène de vie afin de se développer dans un environnement le plus sain et serein possible.

L'accompagnement de la mère m'apparaît indispensable dès la grossesse, mais aussi celui du père, surtout s'il est lui aussi toxicomane.

L'arrivée d'un enfant peut être un élément déclencheur d'une démarche de soins pour le ou les parents, ceux-ci y arriveront plus facilement s'ils sont accompagnés par des professionnels (Protection Maternelle et Infantile (PMI), prévention spécialisée, intervenants en addictologie, médecin traitant, maternité etc.).

Je n'ai pas traité cet aspect lors du mémoire mais cette question m'est apparue récemment, il me semble évident qu'on ne peut traiter de la question de la réduction des risques sans aborder ce sujet. Toutefois, un partenariat clair et formalisé entre la prévention spécialisée et l'intervention en addictologie permettrait de faciliter l'orientation d'une future mère toxicomane vers les professionnels compétents dans ce domaine.

Les salles de consommation :

Comme nous l'avons vu, les salles de consommation ou d'injection ne sont pas encore légales en France, même s'il y a eu une tentative à Paris à proximité de la gare Saint Lazare en 2013. Les « antis salle de shoot » se sont manifestés au nom de la bonne morale ainsi qu'un certain nombre de riverains qui craignaient de se voir envahir par une cohorte de toxicomanes et ainsi voir leurs biens immobiliers perdre de leur valeur. Je comprends ces craintes qui sont légitimes. Le projet était porté politiquement et soutenu par des politiques de la majorité comme de l'opposition. Un certain nombre de villes de France, de droite comme de gauche, sont prêtes à ouvrir une salle de consommation. Non pas pour encourager ou promouvoir les consommations mais pour s'inscrire dans une politique de réduction des risques avec des professionnels de santé et des travailleurs sociaux.

La réaction des riverains me rappelle celle des habitants du village (1000 habitants) où était situé le « Nouveau Départ ». Avant l'ouverture du centre en 1979, il régnait un climat d'hostilité dans le village face à l'arrivée de « drogués » qui venaient de la ville. A l'arrivée des premiers résidents et des premiers professionnels, la population s'est montrée méfiante. Les craintes se sont estompées quand ils ont réalisé que les résidents ne sortaient jamais seuls

du centre, qu'ils étaient encadrés et toujours accompagnés. Peu à peu, le centre est devenu un atout pour les commerçants et artisans du village (boulangier, pharmacien, plombier chauffagiste, tabac etc.). D'autre part, le centre permettait aussi d'employer du personnel local, un habitant en CDI comme homme d'entretien et pour des emplois aidés en entretien du parc, du jardin et entretien des parties administratives. Du coup, les habitants ont vite réalisé que non seulement il n'y avait pas de danger pour eux mêmes et leurs familles mais aussi des opportunités.

Au moment de la fermeture de l'établissement, l'homme d'entretien et les habitants ont organisé une fête populaire dans l'enceinte de l'établissement où ils ont pu exprimer leur solidarité avec le personnel et les résidents.

Comme quoi les craintes et la méfiance sont tout à fait compréhensibles, une bonne communication et un portage politique sont nécessaires afin mettre de nouveaux projets en place. En ce qui concerne les salles d'injection, l'objectif est clair, il s'agit de réduire les risques liés à la consommation de drogues et favoriser l'accès aux soins.

Concernant l'ouverture de salles d'injection, il faut une loi pour valider leur mise en place.

5) PRECONISATIONS EN TERME DE FORMATION ET DE SUIVI DES MEDECINS TRAITANTS ET PHARMACIENS :

J'ai été frappé par le discours de M. Mansouri, pharmacien de quartier, concernant le manque de formation et d'information des médecins traitants prescripteurs de produits de substitution (méthadone ou subutex) mais aussi à propos de prescriptions de médicaments psychotropes (Benzodiazépines, antidépresseurs, somnifères etc.).

Il m'a expliqué que ces types de traitements étaient prescrits sur du long terme plusieurs mois voire plusieurs années sans proposer de réduire le dosage. Il est vrai que ça se justifie dans certaines situations, par contre, pour d'autres le fait de proposer de réduire peut permettre d'envisager de se projeter dans une vie sans aucun traitement.

M. Mansouri exprime à ce sujet : *« C'est exactement les mêmes traitements qu'on peut retrouver sur 2, 3, 4 ans. Mais moi, mon rôle est complètement délicat, si je dis au patient qu'il peut essayer de diminuer, on gâche un peu la relation, un médecin ne supporte pas qu'on lui dise ce qu'il a à faire. Là c'est beaucoup plus dramatique, on n'a jamais dit : « Est-ce que vous ne voulez pas essayer le dosage en dessous, vous êtes à 4 mg pour essayer de passer à 3 mg ? » Là, ça obligerait à se dire : « Je suis encore écouté et je vais essayer. » ».*

M. Mansouri m'a expliqué qu'autrefois, le médecin addictologue du « Passage » organisait des réunions avec des médecins généralistes et des pharmaciens afin de les former et de les informer sur les traitements de substitution et les problématiques liées à l'addictologie, notamment en matière d'addiction aux médicaments.

Je préconise donc de reprendre ce type d'interventions afin de favoriser la formation des médecins prescripteurs et des pharmaciens qui jouent un rôle important dans le cadre de la substitution, mais aussi de prescription de médicaments psychoactifs. Leur rôle est fondamental, ils sont aussi des acteurs de 1^{ère} ligne qui se retrouvent seuls face aux usagers de drogues. Ils subissent aussi la pression de certains pour obtenir davantage de traitements.

Même si pour certaines personnes, l'abstinence totale n'est pas souhaitable sous peine de rechuter dans l'addiction aux opiacées, pour les autres, il est préférable de proposer de réduire les dosages afin d'envisager un futur possible sans produit et peut être moins de stigmatisation et de marginalisation.

6) PRECONISATIONS SUR LES EFFETS DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE :

La loi du 31 décembre 1970 a été créée pour réprimer et diminuer l'usage et le trafic de drogue, il s'agissait d'imposer les soins pour ramener les consommateurs sur la voie de l'abstinence quelle que soit leur problématique.

Comme nous l'avons vu, cette loi n'a eu que peu d'effet sur les usagers de drogues et n'a pas empêché la massification des consommations au cours des années 70 et 80.

La toxicomanie est le symptôme d'un mal-être profond dans un contexte particulier qui doit être traité afin d'aider la personne. Dans le cas d'une addiction avérée, l'arrêt de la drogue provoque un état de fragilité intense qui dure dans le temps. Là aussi, les compétences du CSAPA dans le suivi et le soutien de la personne peuvent l'aider à éviter la rechute. La prévention spécialisée peut aussi aider dans le domaine de l'insertion socio-professionnelle, recherche de logement, d'emploi, de formation, de chantier d'insertion etc. et orienter vers le droit commun.

La loi et la société sanctionnent sévèrement la consommation de drogue, ce qui a pour effet de marginaliser davantage les usagers car ils sont obligés de se cacher et de vivre dans l'illégalité. La démarche volontaire vers le soin est d'autant plus difficile que le toxicomane est considéré comme un paria dans son voisinage, son quartier et par la société en général.

Un assouplissement de la loi de 1970 permettrait de dédramatiser l'image de la drogue et du toxicomane qu'elle définit comme délinquant, la consommation de drogue étant un délit, alors que les personnes atteintes d'addiction sont malades et ont besoin de soins.

Il ne viendrait pas à l'idée de sanctionner une personne qui présente des troubles de l'alimentation (anorexie / boulimie), ou un joueur compulsif. Ils présentent eux aussi des troubles du comportement considérés comme des addictions, pourtant ils ne sont pas sanctionnés par des amendes ou des peines de prison. Les personnes qui sont dans les addictions ont besoin de respect, d'aide et de soutien pour rompre avec leur mode de vie.

Ils ne s'agit pas de lever tous les interdits en terme d'usage de drogue. Au même titre que l'alcool ou le tabac il y a des endroits où il est interdit de consommer ou de se présenter en état d'ivresse. On ne consomme pas sur la voie publique, dans les lieux publics, à l'école, au travail etc. Il en est de même pour les autres substances psychoactives, il n'y a pas de raison que ça change. Par exemple, que la consommation de cannabis de cocaïne ou d'héroïne soit interdite sur l'espace public au même titre que l'alcool ne me choque pas. Par contre, concernant l'espace privé, un peu plus de souplesse et de tolérance pour que la consommation ne soit plus un délit permettrait de dédramatiser le produit et de parler plus facilement du sujet. C'est comme dans la sphère familiale, ce n'est parce que l'alcool ou le tabac sont des produits licites que les parents acceptent ou supportent que leurs enfants fument ou s'alcoolisent sous leur toit. Il en va de même pour les autres substances, ce n'est pas parce que l'usage en privé ne sera plus sanctionné qu'il faudra tout accepter n'importe quand et n'importe comment. Ce n'est pas l'interdit qui empêche de se droguer, ça se saurait, les pays qui ont dépénalisé l'usage des drogues (Espagne, Portugal, Suisse, Hollande etc.) n'ont pas assisté à une augmentation de l'usage dans leur population.

Concernant l'usage de drogues, je pense qu'une loi analogue à celles de la consommation de l'alcool ou du tabac, associée à une réelle politique de réduction des risques serait d'une part plus humaine, sachant que les usagers de drogues trouveront toujours une façon de détourner les règles. Les pays les plus répressifs par rapport à l'usage tels que les Etats Unis n'arrivent pas à endiguer le phénomène même s'ils ont déclaré la guerre à la drogue depuis 1973 sous la présidence de Richard Nixon.

La « bonne morale » et la « bien-pensance » condamnent volontiers les usagers de drogues, ceux sont les mêmes qui s'opposaient à la vente libre des seringues et des préservatifs, de peur d'encourager la jeunesse à se droguer et à se débaucher. Il n'en fut rien, mais il a fallu beaucoup de morts pour que les pratiques évoluent en matière de réduction des risques. Le sujet des addictions est un sujet clivant dans une culture populiste et moraliste.

CONCLUSION :

Lors de mon enquête j'ai constaté un profond respect des usagers tant chez les intervenants en toxicomanie que chez les acteurs de la prévention spécialisée. Les uns et les autres parlent des publics qu'ils accompagnent en abordant certes leurs symptômes, mais surtout en tenant compte de leur intégrité, de leurs capacités et de leurs ressources. Je n'ai pas perçu de stigmatisation des publics ou de leurs symptômes mais un regard humain et bienveillant. J'ai ressenti un engagement fort dans leurs missions et une réelle volonté de venir en aide, d'accompagner, d'améliorer les conditions de vie et de tenter de résoudre les problèmes. J'ai eu le sentiment de rencontrer des personnes soucieuses, militantes et engagées dans leurs domaines professionnels.

Concernant l'intervention en addictologie j'ai beaucoup appris en matière de réduction des risques, c'est un élément très important dans l'accompagnement des usagers de drogue. J'ai pris conscience des dangers « secondaires » de l'usage de drogues tels que les accidents de la route, l'hygiène, l'estime de soi etc. Avant de commencer mon enquête, je ne connaissais pas l'existence des CAARUD, je trouve que leur travail revêt autant d'importance que celui des CSAPA car il est essentiel de limiter les risques encourus en amont et pendant des soins en addictologie. L'existence même des CAARUD révèle une évolution des pratiques mais aussi des mentalités en matière d'addictologie, ils avancent dans leurs pratiques de façon discrète, permettent aux toxicomanes les plus en marge de prendre soin d'eux et limitent une marginalisation encore plus grande dans l'attente d'un traitement éventuel de leur addiction.

Comme nous l'avons vu, dans le cas d'une addiction avérée, l'arrêt de la drogue provoque un état de fragilité intense qui dure dans le temps. La proximité de la prévention spécialisée sur le territoire peut être un élément réconfortant dans l'accompagnement des usagers de drogues, mais aussi dans la période de l'après avec la fonction bienveillante de sa présence sur le terrain.

Les récits de vie de 3 habitants des quartiers Nord d'Hermanville m'ont permis d'appréhender l'enquête avec une vision plus précise de la réalité quotidienne d'un quartier quand on est soi-même usager, proche d'usager ou nouvelle habitante à proximité d'un lieu de trafic.

La rencontre d'un psychiatre intervenant dans le secteur de l'adolescence m'a ouvert les yeux sur l'intérêt de la participation des professionnels qui interviennent auprès d'adolescents en matière d'addictologie. Pour lui, quand on travaille auprès d'adolescent on est confrontés tôt ou tard aux problèmes de consommations de drogues. Même s'il s'est montré sceptique quant à la thématique de mon mémoire, son expertise m'a éclairé pour mener à bien mon enquête.

Le point de vue d'un pharmacien de quartier s'est révélé éclairant particulièrement sur les prescriptions de certains médecins traitants qui lui apparaissent aberrantes faute de formation

de ces derniers, ainsi qu'en matière de traitements de substitution. Il regrette qu'il n'y ait plus de réunions d'information organisées par le médecin addictologue du CSAPA qui permettaient d'échanger sur ce sujet entre professionnels de santé.

A la fin de ce mémoire, je suis encore plus convaincu que le partenariat entre la prévention spécialisée et l'addictologie est nécessaire afin d'améliorer l'accompagnement des consommateurs, la prévention de l'usage et favoriser la réduction des risques. Toutefois, je pense que ce type de collaboration peut s'élargir à d'autres professionnels intervenants de l'adolescence, des CHRS ou du SAMU social. Il est possible aussi d'envisager des rencontres entre ces divers professionnels afin d'alimenter la réflexion, confronter les expériences et chercher des solutions.

En ce qui me concerne, je suis invité à participer à la prochaine réunion entre la « Maison d'Enfants » et le « Passage » en vue d'organiser et de formaliser le partenariat. Sur les projets de rentrée du SHPS on m'a demandé de réfléchir à un travail d'information et de prévention auprès des élèves des deux collèges des territoires Nord d'Hermanville en partenariat avec le « Passage ».

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages méthodologiques :

Kaufmann J.-C., 2011, 2013 pour la présente édition. *L'enquête et ses méthodes – L'entretien compréhensif*, éd. Armand Colin.

Beaud S., Weber F., 2010. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, éd. La Découverte.

Ouvrages spécifiques :

Bergeron H., Paris, 2009. *Sociologie de la drogue*, éd. La Découverte.

Peyre V. et Tétard F., 2006. *Des éducateurs dans la rue Histoire de la prévention spécialisée*, Paris, éd. La Découverte.

Berlioz G., 2002. *La prévention dans tous ses états – Histoire critique des éducateurs de rue*, Paris, éd. L'Harmattan.

Olievenstein C., 1978. *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, éd. Laffont.

DUBET F., 1987. *La galère : jeunes en survie*, Paris éd. Fayard.

Articles :

Beck F. et al. , 2010, « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie* (Vol. 1), p. 517-535, éd. PUF.

Duprez D., Kokoreff M., 2000, « Usage et trafics de drogues en milieux populaires » in *Déviance et société*, n° 2, (vol. 24), p. 143-166

Chartier C., 5 décembre 2012, « Cannabis le cri d'alarme des psys », *L'Express* n° 3215, p. 85- 107.

Raynal F., 8 mars 2013, « Il faut donner un nouvel élan aux politiques des drogues », Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2800, p. 22-25.

Carrier N., 2003, « Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits », *Déviance et Société* (vol. 27), éd. Médecine et Hygiène (Canada) p. 59-76.

Spilka S., 2012, « Les usages de drogues en population adolescente en 2010 et 2011 », *Les Cahiers dynamiques* (n° 56), éd. ERES, p. 24-31.

Apostolidis T. et al., 2009, « Construction de rapport aux drogues dans un contexte de précarité », *Psychotropes* (vol. 9), éd. De Boeck Supérieur, p. 65-81.

Pharo P., « La dépendance aux drogues à l'âge libéral », le 23 septembre, *La vie des idées.fr*, <http://www.laviedesidees.fr/La-dependance-aux-drogues-a-l-age.html>

Bujon T., Automne 2011, « Michel Kokoreff, *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques* », *Sociétés et jeunesses en difficulté* n°12, mis en ligne le 20 décembre 2012, <http://www.sejed.revues.org/7343>

Manuels consultés :

Montoussé M. et Renouard G., 2009. *100 fiches pour comprendre la sociologie*, éd. Bréal.

Boudon R., Besnard P., Cherkaoui M., Lécuyer B.-P., 2012 pour la présente édition. *Dictionnaire de la Sociologie*, éd. Larousse.

Alpes Y., Beitone A., Dollo C., Lambert J.-R., Parayre S., 4ème édition 2013. *Lexique de Sociologie*, éd. Dalloz.

Sites internet cités :

<http://www.drogues.gouv.fr>

http://www.hepatites_info_service.org

<http://www.drogues-info-service.fr>

http://psychoparis.com/?page_id=136

<http://www.cairn.info>

<http://www.drogues-info-service.fr/?La-substitution>

<http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr>

<http://www.legifrance.fr>

<http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr>

<http://www.hermanville.fr/quartiers-Nord>

<http://www.ville.gouv.fr/?l-initiative-communautaire-urban-1>

<http://www.hermanville.fr/quartiers-Nord>

ANNEXES :



Association La Harpe - Enfant de Droit

Actions de Formation et de Recherche en Psychothérapie de l'Enfant
134 Rue de Vaugirard 75015 PARIS - tél 01 45 49 96 97
fax 01 42 84 18 41

ATTESTATION DE PRESENCE

« Formation à la médiation éducative et thérapeutique »

L'Association LA HARPE-ENFANT DE DROIT atteste que :

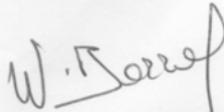
Monsieur MICHARD Thierry

a suivi avec assiduité le stage de formation longue durée intitulé « Formation à la médiation éducative et thérapeutique » qui s'est déroulé dans le cadre de la formation intra-institutionnelle au [REDACTED] sur dix années consécutives, d'une durée totale de 360 heures.

En foi de quoi le présent certificat est délivré.

Fait à Paris le 20/09/2000

le Président de l'Association
Willy BARRAL


ASSOCIATION LA HARPE
ENFANT DE DROIT.
134, Rue de Vaugirard
75015 PARIS - Tél. 45.49.96.97

Courrier envoyé au commissariat central en vue d'un entretien :

M. Michard Thierry
33, rue Apollinaire
Hermanville
Tel : 02 35 45 57 44 / 06 13 61 93 11

M. Brice
Commissariat Central
196, Boulevard d'Alsace
Hermanville

Objet : demande d'interview.

Hermanville, mercredi 16 avril 2014

Monsieur Brice,

Je me permets de vous adresser cette demande afin d'obtenir votre autorisation pour interviewer M. Dessert, major au commissariat du port.

Je suis éducateur spécialisé depuis 1990, Je travaille au SHPS (Service Hermanvillais de Prévention Spécialisée) service de prévention spécialisée de l'association « ADPEA » depuis avril 2003. Ce service intervient sur les quartiers Nord d'Hermanville.

Depuis septembre 2012, je suis entré en formation DEIS (Diplôme d'Etat en Ingénierie Sociale) à l'IDS (Institut du Développement Social) de Canteleu. Dans le cadre de cette formation, je dois rédiger un mémoire de recherche. L'objet de ma recherche est d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogue et la prévention de la toxicomanie en développant les partenariats entre la prévention spécialisée et les professionnels de l'intervention en addictologie, « Le Passage » pour Hermanville. Pour ce travail, je dois enquêter auprès des différents acteurs concernés par cette problématique, c'est pourquoi j'aimerais rencontrer le responsable du commissariat du quartier afin de croiser nos regards.

J'ai téléphoné à M. Dessert ce matin pour lui demander si je pouvais l'interviewer, il m'a demandé de vous faire ce courrier pour que vous l'autorisiez à participer à mon enquête. Ce document est un document d'étude en vue de l'obtention de mon diplôme, il ne sera en aucun cas publié, il ne sera lu que par mon directeur de mémoire et le jury.

Je vous remercie de votre attention, et vous prie, M. Brice, de bien vouloir accepter mes salutations sincères.

Thierry Michard :

Grilles d'entretien :

J'ai élaboré des grilles d'entretien avant de commencer l'enquête, l'objectif étant de définir un cadre souple afin de permettre aux acteurs de s'exprimer sur un sujet difficile sans se disperser dans un discours trop anecdotique ou trop généraliste, mon objectif étant de permettre à chacun de s'exprimer le plus librement sur ses propres expériences.

Pour les acteurs de l'intervention en addictologie :

1) Qui vous êtes ?

Pouvez-vous vous présenter ?

Qui vous a amené là où vous êtes ?

Quelle est votre formation ?

2) Pouvez-vous décrire la structure dans laquelle on se trouve ?

Vous y faites quoi ?

Quelles sont vos valeurs ?

3) Que faites-vous pour accompagner les usagers de drogues ?

Quelles sont vos actions pour accompagner les usagers de drogues ?

Pouvez-vous me préciser qui est votre public et me définir les types d'actions que vous menez ?

Comment réagissent-ils à ces actions ?

4) Travaillez-vous en partenariat ?

Qui sont vos partenaires ?

Comment ça se passe avec les différents acteurs ?

Êtes-vous en conflit avec certains acteurs ? Si oui, pourquoi ?

Que pensez-vous des représentations véhiculées par la « bonne société », les médias, « la bonne Morale » à propos de l'usage de drogues ?

5) Travaillez-vous avec la prévention spécialisée ?

Pour vous c'est quoi la prévention spécialisée ?

Quelles sont vos expériences, vos représentations de la prévention spécialisée ?

Pensez-vous que la prévention spécialisée puisse entrer dans l'intervention en addictologie ?

Y verriez-vous des avantages ou des inconvénients ?

Pourquoi ne travaillez vous pas avec la prévention spécialisée ?

Si ça se faisait, ce serait pour faire quoi ?

6) Que pensez-vous des politiques de réduction des risques (salles d'injection), et des politiques de guerre contre la drogue ou de lutte contre la toxicomanie ?

En fin d'entretien:

« Est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose d'intéressant dont nous n'avons pas parlé ? »

Si la personne répond « non » on s'arrête là, sinon l'entretien repart et souvent c'est là que l'essentiel se dit.

Pour les consommateurs de drogues :

1) Pouvez-vous me relater votre parcours de vie, votre histoire avant, pendant et/ou après la drogue ?

2) Pouvez-vous me dire si vous avez rencontré des intervenants sociaux qui vous ont permis de vous inscrire dans une démarche de soins ? Si oui lesquels ?

3) Connaissez-vous la prévention spécialisée ?

Si oui, l'avez-vous sollicitée ?

Si non, auriez-vous apprécié d'être accompagné par des travailleurs sociaux de proximité ?

Quelle différence faites-vous entre un éducateur de la prévention spécialisée et un autre travailleur social ?

4) Que pensez-vous des politiques de réduction des risques (salles d'injection), et des politiques de guerre contre la drogue ou de lutte contre la toxicomanie ?

5) Quel est l'intérêt d'un travailleur social par rapport aux autres acteurs (médical, police, justice etc.) ?

En fin d'entretien :

« Est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose d'intéressant dont nous n'avons pas parlé ? »

Pour les habitants :

- 1) Pouvez-vous me parler de votre rapport au quartier ?
- 2) Pouvez-vous m'expliquer ce que vous connaissez de l'usage, du trafic de drogues et ses conséquences sur la vie de votre quartier ?
- 3) À votre avis, qu'est-ce qu'il conviendrait de faire pour améliorer les conditions de vie des usagers de drogue ?
- 4) Si vous deviez donner un conseil à un usager de drogues, lui parleriez-vous de prévention spécialisée ?

En fin de l'entretien :

« Est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose d'intéressant dont nous n'avons pas parlé ? »

Témoignages :

- 1) Pouvez-vous m'expliquer votre expérience de vie dans une cité touchée par le trafic de stupéfiants ?
- 2) Pouvez-vous me parler de vos relations avec la prévention spécialisée ? En quoi peut-elle être compétente pour accompagner les habitants ?

Justice :

- 1) Pouvez-vous me donner votre point de vue sur la législation de l'usage des stupéfiants ?
- 2) Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste l'obligation de soins et ce que vous en pensez ?
- 3) Connaissez-vous la prévention spécialisée ? Si oui, est-elle compétente pour accompagner les usagers de drogues ?

4°) Que pensez-vous des politiques de réduction des risques (salles d'injection), et des politiques de guerre contre la drogue ou de lutte contre la toxicomanie ?

En fin d'entretien :

« Est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose d'intéressant dont nous n'avons pas parlé ? »

Nom : MICHARD

Prénom : Thierry

Jury du 18 décembre 2014

DIPLÔME D'ETAT EN INGENIERIE SOCIALE

LA PREVENTION SPECIALISEE, CHAÎNON MANQUANT DE L'INTERVENTION EN ADDICTOLOGIE ?

Dans le cadre du DEIS, j'ai mené une enquête afin de définir un programme d'action pour que la prévention spécialisée s'intègre pleinement dans l'intervention en addictologie.

Addictologie, prévention spécialisée, quels ponts faut-il construire pour travailler en partenariat afin d'améliorer l'accompagnement des consommateurs de drogues en complémentarité.

L'accompagnement des usagers de drogues ? La réduction des risques ? Une façon plus humaine et moins moralisatrice de traiter la question des consommations et les consommateurs de drogues ?

Je me propose, à travers ce mémoire de traiter ces questions à partir de mes recherches, de mes expériences personnelles et professionnelles dans les domaines de la toxicomanie et de la prévention spécialisée sur un mode chronologique historique, sociologique, psychologique et médical.

J'ai effectué une enquête de terrain auprès de différents acteurs (habitants, professionnels de l'intervention sociale, du sanitaire et du médico-social) qui m'ont permis de mieux cerner la problématique et de considérer que la question du partenariat est un élément central dans le domaine de l'addictologie, de la prévention spécialisée ainsi que pour tous les professionnels confrontés au phénomènes de consommations de drogues.

Ensuite, j'ai avancé des préconisations afin de proposer des perspectives de réflexion et de travail pour améliorer l'accompagnement des usagers de drogues et de leur entourage dans divers domaines.

L'étude révèle l'importance du travail en partenariat au sens large en addictologie.

Mots clefs : Addiction, addictologie, dépendance, partenariat, prévention, quartiers populaires, soins, substitution, territoire, toxicomanie, trafic.

Nombre de pages : 116

Volume annexes : 7 pages

Institut du Développement Social Rouen Canteleu
Département des formations supérieures

Année : 20012 - 2014