

Ecole Nationale de la Santé Publique

**ACCOMPAGNER LA PRISE EN CHARGE DU
TOXICOMANE AU SEIN D'UN SERVICE DE
PREVENTION SPECIALISEE**

**Max PICHON
CAFDES 2000**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1.LA PREVENTION SPECIALISEE	6
Dans le cadre d'un service	
1.1.Le cadre réglementaire	8
1.2.Présentation de l'association	10
1.2.1.Fonctionnement général	13
1.2.2.Fonctionnement du service	16
1.2.3. Les lieux d'interventions	17
1.2.3.1.Présentation des équipes	18
1.2.3.1.1.L'équipe 1: Centre ville et Rive gauche	18
1.2.3.1.2.L'équipe 2 : haut de Rouen, Grand Mare , Toxico -rue	20
1.2.3.1.3.Les chantiers d'intégration	22
2.LA TOXICOMANIE -LA SUBSTITUTION	23
Phénomène et dispositif en mouvement	
Présentation générale	24
2.1. La toxicomanie	25
2.2. La souffrance du sujet toxicomane	28
2.3. L'évolution du public toxicomane	30
2.4. La toxicomanie et les banlieues	33
2.5. La législation sur la toxicomanie	34
2.6. La genèse de la substitution	36
2.7. Les objectifs de la substitution	38
2.8.	
La substitution comme opportunité	39

3.L'HABITANT TOXICOMANE DE QUARTIER	40
Pour une perspective de changement	
3.1.Le problème du changement	41
3.2. Le toxicomane dans le contexte du quartier	43
3.2.1.La stigmatisation interne	45
3.2.2.Le détournement comme phénomène culturel	47
3.3.Le choix du produit de substitution	48
3.4. La détermination des besoins	49
3.5. Un projet comme support au changement	51
4. UN PROGRAMME POUR L'EQUIPE DES ETAPES POUR LES USAGERS	54
Le prolongement du projet initial	55
4.1. Les objectifs du projet	55
4.2. Le processus de changement	56
4.3.1. Le travail de rue	59
4.3.2. La constitution d'un groupe	61
4.3.3. Le travail de réseau	62
4.3.4. L'élaboration d'un projet de groupe	63
4.3.5. Le partenariat	65
4.3.6. Réalisation du projet collectif	66
4.3.7. Les orientations après le transfert	68
4.3.8. L'élaboration du projet individuel	69
4.4. Le comité consultatif	71
Conclusion	73
Bibliographie	76

LISTE DES SIGLES

A R I R T	Association Rouennaise d'Intervention et de Recherche en Toxicomanie
A F P S	Attestation de Formation aux Premiers Secours
B N S	Brevet National de Secourisme
B A F A	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur
C E P S	Club et Equipe de Prévention spécialisée
C T C E P S	Conseil Technique des clubs et équipes de Prévention spécialisée
C E S	Contrat Emploi Solidarité
C A F	Caisse d'Allocation Familiales
C N R S	Centre Nationale de Recherche Scientifique
C M P P	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
C H R S	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
D S Q	Développement Social des Quartiers
D D T E	Direction Départementale du travail et de l'Emploi
D D A S S	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D D S	Direction Départementale de la Solidarité
F A S	Fonds d' Action Sociale
H L M	Habitations à Loyer Modéré
M S T	Maladies Sexuellement Transmissibles
O P E	Opération de Prévention d'Eté
O M S	Organisation Mondiale de la Santé
O F D T	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
R M I	Revenu Minimum d'Insertion

Introduction

A Rouen, comme dans de nombreuses villes françaises, les phénomènes d'exclusion sont particulièrement développés. Le service de prévention spécialisée que je dirige, élabore et met en oeuvre, dans le cadre des principes fondamentaux de la prévention spécialisée, des projets qui ont pour objectif de participer à la résolution des problématiques qui émergent de ses lieux d'intervention.

Sur certains de ces lieux l'association est interpellée par la population sur le phénomène de la toxicomanie. Ce phénomène suggère dans la plupart des esprits une menace extérieure dont la dynamique serait telle qu'elle pourrait s'emparer des individus les uns après les autres.

L'économie parallèle qu'elle génère noue les relations des habitants en apportant sur ces territoires un climat de méfiance où la crainte des représailles l'emporte sur les régulations citoyennes. L'un des quartiers où nous intervenons, qui compte plus de 7000 habitants, se caractérise par ¹ :

- sa jeunesse (41,2 % de moins de vingt ans)
- absence ou quasi absence des catégories sociales moyennes et supérieures (moins de 7 % des ménages)
- un nombre important de familles nombreuses (32%) et monoparentales (31 %)
- un taux de chômage très supérieur à la moyenne nationale (37,2 %)
- des prestations sociales d'assistance comme ressources principales

Avec ce cumul de handicaps sociaux et la propagation de la toxicomanie, une forte demande émane de la population pour réduire les risques et les nuisances.

Mais face au problème de la toxicomanie , le discours prégnant est toujours celui de solutions

¹ Chiffres tirés du recensement de l' I N S E E. Année 1990.

urgentes à mettre en place, justifiées par une argumentation où les éléments affectifs et sécuritaires prédominent. Pourtant appliquer un traitement << standardisé >> qui n'est pas choisi en fonction de la nature des problèmes à résoudre, équivaut à faire d'une présupposée solution un nouveau problème.

Formulation de la problématique : Si l'une des missions de la prévention spécialisée par rapport aux personnes toxicomanes, est de prendre contact avec elles pour les amener à prendre conscience de la nécessité du sevrage et de la désintoxication dans des cadres thérapeutiques appropriés à leurs états, mon hypothèse est qu'une personne toxicomane ne peut envisager un changement de vie que si elle a eu au préalable les moyens de percevoir ce changement.

Le projet à construire doit donc donner les moyens aux sujets toxicomanes d'accéder à cette prise de conscience par la réalisation d'une période de vie susceptible de les conduire à ce processus de changement. Dans le cadre de ce projet j'aborderai donc :

- la prévention spécialisée, son cadre réglementaire et la présentation du service que je dirige,
- la toxicomanie et la substitution en termes de phénomène et de dispositif en mouvement comme base théorique à la compréhension du problème,
- l'habitant toxicomane de quartier à travers l'examen des résistances susceptibles d'entraver les processus de changement mis en oeuvre dans le cadre du projet présenté,
- la mise en oeuvre du projet en terme de programme pour l'équipe et d'étapes pour les usagers.

1 . LA PREVENTION SPECIALISEE

DANS LE CADRE D'UN SERVICE

1. La prévention spécialisée

C'est un mode d'intervention particulier dont les textes fondateurs instituent comme éléments essentiels :

- la nécessité d'aller vers les jeunes vivant à l'écart des normes des adultes,
- l'action sur le milieu indissociable de tout processus de changement,
- le travail en multi - partenariat comme synergie indispensable à la réalisation des objectifs de prévention spécialisée.

Née de l'après guerre, la prévention spécialisée a été reconnue dans les années 1960 comme mode d'intervention susceptible de compléter << par ses actions en profondeur à l'égard des groupes et des quartiers >> les mesures de la protection judiciaire et de protection sociale de l'enfance.

La définition de la prévention spécialisée établie par l'arrêté interministériel du 4 juillet 1972 relatif aux clubs et équipes de prévention constitue la base fondatrice des textes élaborés depuis cette date avec comme principes fondamentaux :

- le non mandat judiciaire et administratif pour les équipes et clubs de prévention spécialisée,
- la libre adhésion des personnes aux interventions socio-éducatives qui leur sont proposées.
- le respect de l'anonymat des personnes en contact avec les équipes de prévention spécialisée.

1.1. Le cadre réglementaire

L'arrêté interministériel du 4 juillet 1972 relatif aux clubs et équipes de prévention spécialisée pris par le Premier Ministre Jacques CHABAN - DELMAS, publié au journal officiel le 13 juillet 1972 marque la reconnaissance officielle de la prévention spécialisée, de ses principes et de ses méthodes d'intervention.

Dans son article 5, cet arrêté précise : << peuvent être agréés les organismes qui, implantés dans un milieu où les phénomènes d'inadaptation sociale sont particulièrement développés, ont pour objet de mener une action éducative tendant à faciliter une meilleure insertion sociale des jeunes, par des moyens spécifiques supposant notamment leur libre adhésion. Ces organismes doivent disposer d'une équipe de travailleurs sociaux expérimentés : éducateurs, animateurs.

L'action éducative de ces organismes est menée en collaboration avec les services sociaux, les groupements et établissements socio-éducatifs et culturels >>.

Il ressort de ce cadre réglementaire, outre les principes fondamentaux, que certaines règles sont essentielles à la légitimité de la prévention spécialisée et à ses modes d'actions :

- l'implantation des équipes sur des secteurs où les phénomènes d'inadaptation sont développés est subordonnée à une étude préalable.
- l'obligation de disposer de professionnels et de bénévoles compétents en matière de prévention.

La circulaire n° 26 du 17 octobre 1972 adressée aux préfets de région ajoute :

- que les actions de prévention spécialisée ne peuvent intervenir que sur des points chauds, après étude sociologique du milieu tout entier, du secteur géographique concerné et pas seulement des jeunes de ce secteur signalé.

- que l'activité des clubs et équipes de prévention spécialisée s'intègre dans la mission générale d'action sociale préventive dont est chargé le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale par le décret n° 59-100 du 7 janvier 1959 relatif à la protection sociale de l'enfance en danger et une étroite collaboration avec le directeur départemental de la jeunesse, des sports et des loisirs est d'évidence indispensable.

Ce texte précise par ailleurs que le caractère éducatif et social des actions intervenant sans décision administrative ou judiciaire est :

- incompatible avec un financement par prix de journée.
- que l'octroi de subventions par les services départementaux de l'action sanitaire et sociale n'exclut pas les subventions des Caisses d'Allocations Familiales, des municipalités ainsi que du Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports.

La loi N° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé confirmera ce mode d'intervention comme spécifique et précisera le ressort de compétence dont elle dépend, qui est le conseil général.

Selon cette loi, << la prévention spécialisée est une action spécialisée qui se différencie de la prévention naturelle réalisée par les mouvements de jeunesse, les associations sportives, les patronages, les maisons de jeunes et de la culture..... dont le champ d'attraction est dans le même secteur socio - géographique et avec lesquels les clubs et équipes de prévention spécialisée doivent travailler en étroite liaison>>.

Dans sa sous-section II, article 45 cette même loi précise : << dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, le département participe aux actions tendant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles >>. Ces actions comprennent :

- des actions tendant à permettre aux intéressés d'assurer leur propre prise en charge et leur insertion sociale,
- des actions dites de prévention spécialisée auprès des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu.

Pour la mise en oeuvre des actions mentionnées dans le 2ème alinéa de cette loi, le Président du conseil général habilite des organismes publics ou privés dans les conditions prévues aux articles 11-1, 11-2 et 11-3 de la loi N° 75-535 du 30 juin 1975.

1.2. Présentation de l'association

L'association que je dirige depuis novembre 1992 est une association de type loi 1901 à but non lucratif. Elle est composée d'un conseil d'administration de 12 membres : un président, un vice président, un secrétaire et un trésorier constituent le bureau.

Conformément à ses statuts, à la réglementation en vigueur, aux principes fondamentaux de la prévention spécialisée, l'association a pour but << de mener une action de prévention spécialisée en favorisant la réinsertion sociale des enfants, des adolescents et des familles perturbés vivant à l'écart des formes habituelles de loisirs, de culture, de travail ou d'éducation familiale. Pour ce faire, elle met en oeuvre des actions de socialisation et de promotion à l'égard de personnes ou de groupes exclus des structures habituelles d'éducation, de loisirs et de travail dans des lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale >>.²

Il s'agit donc de permettre aux intéressés de << progresser vers plus d'autonomie sociale, d'assurer leur propre prise en charge et leur insertion sociale. Cela passe par des actions visant à restaurer dans leur dignité des individus et des groupes marginalisés, exclus, stigmatisés afin qu'ils puissent jouer un rôle actif dans des rapports sociaux rétablis >>.³

L'association assure sur les quartiers à travers l'action de ses équipes éducatives :

- une position d'intermédiaire et de médiateur dans sa lutte contre l'exclusion des jeunes et des familles,
- une prévention de la marginalisation et une présence sociale à travers un travail de rue et d'accueil des usagers en structures ouvertes à tous,
- une mise en oeuvre de chantiers d'intégration sociale pour des personnes cumulant des difficultés économiques et sociales,
- un soutien aux familles monoparentales et une aide à l'éducation des enfants,
- un programme d'accompagnement spécifique pour les personnes toxicomanes,
- une coordination des opérations de prévention d'été et une position d'expert et de partenaire dans sa participation aux actions de promotion des populations,
- un ajustement de ses modes d'interventions aux besoins du secteur d'implantation par des actions de diagnostic et de recherche socio-éducatives.

³ La prévention spécialisée en seine maritime, année 1990, document réalisé par les clubs de prévention du département avec le conseil technique de G. GONTCHAROFF.

Organigramme

Conseil d'administration

Commissaire aux comptes

Direction

Service administratif

service extérieur

de comptabilité et de gestion

Equipe Haut de Rouen : Chef de service

Equipe Rouen ville : Chef de service

Chatelet Lombardie Grand Mare Mission intégration Mission Toxicomanie

Chantier Baraque Atelier Sportif **Sablère** Prévention De rue

Educateurs:2 Educateurs :2 Educatrice :1 Educateurs :3

Educateurs:2 Educateurs:2 Educatrices :2 Educateurs :2

Educateur :1 Educatrice : Educateur: 1

Educatrice: 1

Educateur: 1

1.2 .1. Fonctionnement général

Ce service de prévention spécialisée compte 25 permanents représentant 25 équivalents temps plein. Soixante personnes relèvent, dans le cadre des chantiers d'intégration, d'un contrat emploi solidarité et représentent 30 équivalents temps plein. En tant que directeur, j'assure ainsi la gestion de quatre vingt cinq salariés. Par délégation du conseil d'administration, je suis chargé :

- de la mise en œuvre de la politique de l'association et de la réalisation des programmes définis par le conseil d'administration,
- du contrôle et de la coordination des activités et du fonctionnement des structures de l'association,
- du fonctionnement matériel et financier de l'ensemble,
- de la gestion du personnel,
- du développement de l'association et des relations publiques.

Mon action s'exerce à l'interne mais également à l'externe comme représentant de l'association à travers des réunions avec un certain nombre d'instances locales (conseil de surveillance de la maison d'arrêt, comité de probation, comité local d'insertion, conseil communal de prévention de la délinquance, contrat de ville, conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée. Je représente également le président dans les réunions avec les partenaires sociaux, administratifs et financiers .

Les réunions du conseil d'administration ont lieu chaque trimestre au cours desquelles il m'est demandé de faire le point sur les actions en cours et sur celles à mener. Une fois par an, l'expert comptable et le commissaire aux comptes sont présents à l'assemblée générale de l'association pour la remise du bilan financier et du rapport d'activité.

Le service administratif de l'association est réalisé par une secrétaire de direction qui est placé sous ma responsabilité directe. Un cabinet d'expertise comptable extérieur se charge des travaux comptables et des salaires . L'association bénéficie de l'intervention d'un commissaire aux comptes conformément aux textes de loi.

Pour chaque équipe, une réunion de trois heures que je coanime parfois avec les chefs de service est organisée chaque semaine. Elle rassemble obligatoirement l'ensemble des membres de chaque équipe et concerne l'organisation des semaines futures et l'évaluation de la semaine passée. Elle constitue également un temps de réflexion durant lesquelles s'expriment les besoins de recherche théorique et les options à prendre pour les futurs projets .C'est en réponse à ces réunions qu'à raison d'une journée tous les trois mois l'ensemble du personnel se réunit sur un thème que l'on se propose de travailler. Des intervenants extérieurs peuvent être sollicités en fonction du thème. La mise en oeuvre et le compte rendu de ces réunions sont réalisés par un chef de service chargé de l'information et de la documentation internes.

Les réunions de synthèse : elles sont proposées aux usagers et réunissent les intervenants de l'équipe concernée et les partenaires extérieurs souhaités par l'usager. Ces réunions permettent d'élaborer ou de réaffirmer en présence des bénéficiaires un projet personnalisé. Elles visent à parvenir à une évaluation dans laquelle doit se distinguer ce qui a été réalisé de ce qu'il reste à mettre en place afin d'élaborer avec l'usager un programme d'actions pour les mois futurs. Elles donnent lieu à un contrat qui détermine l'engagement réciproque des acteurs. Celui-ci est assorti d'un échéancier et d'un système d'évaluation élaboré à partir de critères proposés par l'usager et les intervenants. Dans le cadre du projet personnalisé, les usagers choisissent parmi l'ensemble du personnel du service le référent qui sera chargés de les aider à concrétiser le parcours élaboré lors de ces réunions.

Les réunions de secteur : sur chaque territoire d'intervention se déroulent des réunions trimestrielles qui tentent de réunir l'ensemble des intervenants internes et externes à l'association. Leur but est l'échange d'informations entre différents professionnels (éducateurs, assistantes sociales, animateurs de maison de jeunes, médecins de quartier, instituteurs, professeurs, agents du contrat de ville, responsable de la régie de quartier, représentants d'associations) concernant la vie des secteurs. Ces réunions participent fortement à la création de réseaux de partenariat ou d'aides ponctuelles dans la réalisation de projets. L'animation de ces réunions fait l'objet d'un tour de rôle entre les différents responsables institutionnels dont je fait partie.

Le contrôle formel : c'est à partir de la détermination des tâches à exécuter dans le cadre des projets spécifiques de chaque équipe et des besoins du service dans son ensemble que les plannings individuels s'établissent chaque semaine dans le cadre des réunions d'équipe. La semaine écoulée fait l'objet d'un contrôle de l'exécution des tâches au vu des planning élaborés lors de la semaine précédente.

L'auto contrôle : dans le cadre des projets d'équipe et du service chaque professionnel est investi d'une responsabilité qui s'exprime en terme de mission intégrée dans sa fiche de poste. Cette mission est attribuée sur la base de compétences reconnues par l'équipe et avec l'accord du salarié. Les missions ont un objectif précis assorti d'un échéancier au terme duquel l'évaluation réalisée est intégrée dans le dossier du salarié. Une période préalable à l'exécution de la mission est prévue pour en constater sa faisabilité et prévoir les aménagements nécessaires à sa mise en oeuvre. Je suis durant cette période à la disposition de tout responsable de mission, pour l'aider à déterminer les moyens nécessaires à la réalisation de son travail. Tous les semestres, je reçois chaque salarié pour évaluer avec lui l'état d'avancée de ses travaux dont certains seront transmis ensuite au groupe projet pour d'éventuels approfondissements.

Les méthodes d'évaluation du service : la mise en place d'une procédure évaluative constitue un facteur important de vérification de la pertinence et de la cohérence des réponses institutionnelles. Elle permet de mesurer le degré d'adéquation des effets de l'action menée au regard des objectifs qui la sous-tendent. L'évaluation dans une perspective projective permet également de mesurer l'insuffisance ou le manque de rationalité des moyens par rapport à des ambitions futures. Indépendamment des méthodes d'évaluations mises au service des usagers pour la construction régulière de leurs bilans, nous utilisons plusieurs méthodes d'évaluation qui ont pour objectif :

- d'informer le conseil d'administration, nos financeurs, nos partenaires et le personnel du résultat de nos interventions,
- d'impulser une constante recherche de progression de nos méthodes,
- d'anticiper les modifications nécessaires pour adapter le service aux réalités nouvelles de son environnement en cohérence avec la mission qui lui est impartie et en conformité avec son cadre réglementaire,
- de vérifier la qualité des prestations du service au regard des valeurs défendues par l'association.

1.2.2. Fonctionnement du service.

Les équipes du service sont au nombre de deux placées sous la responsabilité de deux chefs de service qui sont chargés d'organiser, d'animer, coordonner et de contrôler les missions des éducateurs. Ils sont chargés également d'optimiser les activités éducatives en apportant un encadrement technique aux membres de l'équipe. Ils sont garants de la gestion des plannings, de la réalisation des projets de l'équipe qu'ils animent. Ils représentent l'équipe dans les instances locales.

1.2.3. Les lieux d'interventions

A l'origine, les réponses apportées par les équipes de l'association sur ces différents lieux, correspondaient à des problématiques similaires qui résultaient de milieux où les phénomènes d'inadaptation sociale sont particulièrement développés. Mais depuis un certain nombre d'années ces secteurs se sont différenciés les uns des autres en fonction des évolutions urbaines et du contexte social général. Les deux équipes de l'association sont donc réparties sur deux territoires subdivisés en sous secteurs en fonction d'études préalables qui ont démontré la nécessité d'interventions socio-éducatives de prévention spécialisée. A chaque sous secteur correspond des problématiques mise en avant par les équipes, qu'elles tentent de résoudre à travers la mise en œuvre de projets.

Le quartier de la Croix de Pierre qui dans les années 1950 fut à l'origine de la création de l'association, s'est depuis cette époque largement transformé. La population de ce secteur a été déplacée sur d'autres espaces pour laisser place à un quartier réhabilité. Mais ce lieu, comme d'autres secteurs du centre ville ont subi les effets de l'accroissement de la crise économique et du chômage. Les phénomènes d'errance de jeunes adultes se sont notamment amplifiés et ont révélé la nécessité de mettre en œuvre des actions spécifiques qui s'adressent à des personnes coupées de leur famille et de leur milieu d'origine. Sur les autres territoires comme par exemple Les Hauts de Rouen ou la rive gauche, les caractéristiques sont différentes sur le plan de l'urbanisme, de la population et des problématiques émergentes. C'est pourquoi prenant en compte ces différents éléments, nous avons choisi, avec l'ensemble du personnel éducatif, de mettre en avant certaines problématiques au regard des moyens et des compétences dont nous disposons. La logique poursuivie est d'éviter tout gaspillage d'énergie et de rentabiliser au maximum les synergies créées avec les différents partenaires. L'objectif général est d'éviter que, face à la massification des problèmes, le service ne se disperse en vain sur des << champs >> largement pourvus en interventions ou pour lesquels il ne dispose pas de compétence réelle.

1.2.3.1. Présentation des équipes

1.2.3.1.1. L'équipe 1: centre ville et rive gauche : Une partie de cette équipe s'intègre en << pleine ville >> sur un territoire aux frontières mal définies qui constitue un refuge pour les personnes dont le milieu d'origine fait défaut. Notre présence ancienne dans ce milieu dit du << centre ville >> a permis de constater que le nombre de jeunes adultes en situation d'errance augmentait à un rythme conséquent. La problématique mise en avant par cette équipe concerne donc les phénomènes d'errance des jeunes adultes. Elle a donné lieu à la notion de << prévention de ville >> qui est celle s'effectuant à l'égard de personnes coupées de leur famille et de leur milieu d'origine par opposition à la prévention de quartier qui se conçoit à travers la prise en compte des systèmes familiaux et de voisinages. Le contact avec les usagers s'établit sur la base d'un travail de rue. L'accès à la structure d'accueil de cette équipe se fait également à partir des informations circulant entre les personnes ayant bénéficié de nos actions et les nouveaux errants. Le travail s'effectue sur les thèmes lourds qui se cumulent de plus en plus pour les usagers (problèmes de santé physique et psychologique, problèmes de justice, de logement, d'intégration sociale et professionnelle). Ces dernières années nous constatons que de plus en plus de ces personnes faisaient l'objet ou avaient besoin de suivi psychiatrique. Avec les services de la Direction Départementale de la Solidarité (DDS), de la Caisse Allocation Familiale (CAF), du Centre Médico- Psycho- Pédagogique (CMPP), de l' Association Rouennaise Intervention et de Recherche en Toxicomanie (ARIRT) , de la Mission locale, qui comptent parmi nos principaux partenaires, nous avons développé un certain nombre d'outils et de projets dans lesquels l'équipe bénéficie de l'aide : de psychologues, de psychiatres, de médecins, d'infirmiers psychiatriques, d'assistantes sociales. Ces partenaires spécialisés interviennent également en cas de besoin auprès des autres équipes du service. Le travail de cette équipe s'effectue dans le cadre d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé de ces personnes pour les aider à réaliser les démarches nécessaires à l'évolution de leur situation.

- Une action << perspective emploi >> menée en partenariat avec les personnels de la C A F et de la D D S a pour objectif (sans se substituer aux missions de l' A N P E, et de la Mission locale) de permettre aux participants de retrouver des capacités de choix dans l'élaboration d'un projet individuel visant l'insertion professionnelle. Cette action fonctionne sur la base d'ateliers supports à l'expression des difficultés et à la construction de nouvelles capacités (sophrologie, expression orale, cuisine, expression sportive, sorties culturelles).

- Un chantier d'intégration a été mis en oeuvre dans le cadre de cette équipe et permet d'élaborer des aides plus conséquentes à moyen et long terme . (c f. les chantiers d'intégration)
L'ensemble de ces tâches, est assumée par cinq éducateurs, éducatrices.

L'autre partie de cette équipe est intégrée sur un quartier enclavé celui de la Sablière créé dans les années 1960 qui comprend 2 200 habitants et sur les quartiers des Pépinières et du boulevard Orléans qui peuvent s'assimiler au << centre ville >> de la rive gauche de Rouen.

L'ensemble de cette configuration explique que le travail entrepris relève à la fois d'une prévention spécialisée de ville et de quartier. Intégrée depuis trois ans sur ce territoire cinq autres éducateurs et éducatrices ont après avoir établi des contacts réguliers avec les populations de ces territoires à travers un travail de rue important, mis la priorité sur :

- des actions vers les mères de familles et les jeunes filles dans le cadre d'un club familial en réponse à une absence de lieu de rencontres et d'échanges et d'une forte demande de ces personnes. L'objectif de ce lieu est d'apporter un soutien socio-éducatif aux personnes qui le fréquentent à travers diverses activités et de tenter de le transformer progressivement en lieu de ressources et d'échanges de savoirs.

- des activités de pêche proposées aux pères de famille pour lutter contre les processus d'enfermement liés au chômage. L'équipe tente ainsi de les redynamiser grâce à des projets modestes qui prennent en compte leur dimension de père de famille, en intégrant la prise en charge de leurs enfants, pour les aider à construire ou reconstruire une image positive d'eux - mêmes.
- un soutien aux structures d'accueil de jeunes pris en charge par une association d'habitants en situation d'essoufflement et l'assistance à des groupes de jeunes dans la création d'associations sportives, culturelles et d'animation,
- un travail de rue qui s'exerce en complément des contacts effectués dans les structures d'accueil de jeunes,
- un chantier d'intégration également ouvert pour les habitants du quartier. (cf. les chantiers d'intégration)

Les partenaires de cette équipe sont principalement : les écoles , les collèges , les associations de quartiers, les assistantes sociales de la C A F et de la D D S, les animateurs du centre social.

1.2.3.1.2. L'équipe 2 : Hauts de Rouen, Grand mare, Toxicorue : elle est centrée sur un territoire d'intervention vaste, peuplé d'environ 19 000 habitants soit 18 % de la population rouennaise. Il concerne cinq secteurs très distincts par leur histoire, leurs ressources, leurs populations, et surtout leur vécu quotidien. L'ensemble du territoire fait l'objet de stigmatisations externes extrêmement fortes. Depuis plusieurs années des actions auxquelles l'équipe participe sont élaborées et mise en oeuvre dans le cadre des opérations de D S Q puis de Contrat de Ville. Phénomènes de bandes et délinquance juvénile, difficultés des familles monoparentale à assumer l'éducation de leurs enfants et leur fonction socialisante, marginalisation des enfants et des adolescents par l'adhésion à des << modèles d'identification >> internes au secteur. Telles sont les problématiques mises en avant par cette partie de l'équipe qui est composée de onze éducateurs, éducatrices.

Les principales activités de cette équipe sont les suivantes :

- accueil en structure et développement d'activités sportives notamment l'animation d'un club de foot - ball qui concerne 350 personnes. Le soutien et la formation technique des bénévoles du club permet d'envisager le développement d'une dynamique de quartier devant permettre à terme d'assurer la prise en charge du club par les habitants eux - mêmes,
- travail de rue essentiellement réalisé sur des temps prenant en compte la vie nocturne du quartier et sur les lieux de regroupement des jeunes (bas d'immeubles, caves, bus),
- mise en oeuvre de chantiers éducatifs pour les adolescents et les préadolescents en contrepartie de séjours en camps d'été et d'hiver,
- élaboration et réalisation d'opérations de prévention d'été en partenariat avec les services jeunesse de la mairie, la prévention routière, la maison des jeunes et de la culture du quartier, la régie de quartier, la protection judiciaire de la jeunesse, les associations de quartier et les services de la jeunesse et des sports,
- promotion de l'adhésion des personnes à des modèles de référence externes notamment par le suivi des contrats -partenaires -jeunes relevant d'un partenariat entre la CAF, la Mairie, les familles, la personne bénéficiaire et l'association tiers au contrat,
- soutien aux familles monoparentales en difficulté et familles déstructurées dans le cadre de projets collectifs et d'accompagnements individuels en partenariat avec le C M P P et les services de la D D S et de la C A F,
- un chantier d'intégration est mis à la disposition de cette équipe (cf chantier d'intégration),
- une action de soutien aux personnes toxicomanes et a leur environnement familiale qui se déroule sur les deux secteurs les plus difficiles des hauts de Rouen qui comprennent environ 7 000 habitants.

1.2.3.1.3. les chantiers d'intégration : Ils ont été mis en œuvre depuis six ans pour tenter de constituer des réponses à la problématique des jeunes adultes qui se trouvent dans l'impossibilité d'intégrer directement la vie active ou des stages de formation professionnelle, en raison de problèmes de comportement et de surcharge de difficultés. Nous tentons avec eux d'inverser la spirale :

- en partant de leur capacité à s'organiser, à prendre des responsabilités, des initiatives,
- en leur faisant prendre conscience de leurs capacités,
- en leur donnant les moyens de les mettre en œuvre, afin qu'elles puissent ouvrir des perspectives nouvelles en terme d'emploi ou de formation .

Dans le cadre d'un contrat emploi solidarité d'un an renouvelable, ces prises de conscience, ces implications s'exercent à partir d'actions supports dans les domaines du sport et de l'aménagement de l'environnement. Elles sous entendent toujours un engagement collectif à l'égard de la communauté : remise en état de sentiers de randonnée, aide à la réhabilitation d'appartement d'allocataires du R M I , aide aux déménagements de personnes sans ressources. C'est le premier pas de la reconnaissance de l'autre et la possibilité de bénéficier d'un renvoi d'images positives.

Les partenaires de ces chantiers sont nombreux : Etat, conseil régional, conseil général, douze communes, le comité local d'insertion, le comité départemental de tourisme, la fédération française de randonnée, le gaz de France, le Greta, des centres de formations, des auto - écoles, des clubs sportifs, des entreprises, les intervenants sociaux de la D D S, le comité de probation du palais de justice, les services sociaux de la maison d'arrêt, les centres d'hébergement, la banque alimentaire.

2 . LA TOXICOMANIE - LA SUBSTITUTION

PHENOMENE ET DISPOSITIF EN MOUVEMENT

Présentation générale

L'expérience toxicomaniaque a impliqué de nombreux auteurs qui dès le 19^{ème} siècle, vont choisir soit de faire l'apologie de la drogue, soit de tenter d'écarter le lecteur des dangers qu'elle recèle. Les années 1970, à travers des publications qui mêlent l'utilisation de drogues et la remise en cause de la société, trouvent un large écho auprès d'un public sensible, celui des adolescents et des jeunes adultes.

Vers les années 1980, un déplacement culturel s'opère et écarte l'expérience toxicomaniaque des écrits diffusés. Ce changement fait émerger la question de la toxicomanie comme phénomène social. Sans pour autant abandonner le sujet toxicomane dans ce qui fait sa spécificité, les sciences humaines privilégient cette approche à travers les outils d'analyse dont elle dispose. Victime, malade, ou déviant, le sujet toxicomane ne peut plus dorénavant faire l'objet d'une étude qui écarterait les interactions dont il est à la fois l'acteur et l'objet.

Ainsi le sujet toxicomane considéré comme acteur individuel ne peut être enfermé dans des catégories nosographiques, car il n'existe pas, en l'espèce, de variables déterminantes tant pour le soin de la personne toxicomane que pour la prévention de la toxicomanie.

Ces dernières années, l'émergence de traitements dit de substitution sont mis en oeuvre dans le cadre de politiques de lutte contre la drogue et de traitement de la toxicomanie, ils se confrontent à l'impossibilité d'enfermer le phénomène de toxicomanie dans un concept définitivement établi. La toxicomanie en tant que phénomène et la substitution en tant que dispositif subissent ainsi des mouvements qui sont largement induits par l'absence de vérité établie dans ce domaine ou interfèrent et parfois se contredisent les représentations collectives.

2.1. La toxicomanie

Pendant longtemps, ce que l'on appelle aujourd'hui la toxicomanie n'a pas été reconnu comme un champ spécifique. C'est tout d'abord au 19^{ème} siècle, à travers la presse, que le public a adopté ce mot nouveau de toxicomanies pour regrouper << les différents poisons de l'esprit.>>. Par la suite, au début des années 1920, le concept de toxicomanie a été introduit par la médecine et cliniquement défini par trois facteurs : <<la tolérance fonctionnelle de l'organisme à la prise du produit, une dépendance physique liée à l'apparition d'un syndrome d'abstinence en cas de sevrage, et une dépendance psychique manifestée par un comportement irrésistiblement et indéfiniment répété.>>⁴

L'officialisation scientifique du concept de la toxicomanie ne s'est réalisé qu'en 1939 sur la base des travaux d'HIMMELSBACH qui fondèrent la notion de dépendance physiologique.

C'est entre 1945 et 1969 que l' O M S aboutira à définir les termes de dépendance, de toxicomanie puis de pharmacodépendance. Depuis dans le champ médical, la toxicomanie repose sur la notion de pharmacodépendance qui représente selon la définition de l' O M S << un état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction d'un organisme vivant et d'une substance, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une compulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin d'en retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits >>⁵.

⁵ V. FONTAA . J-L SENNINGER, *Le médecin et le toxicomane*, HEURES DE FRANCE, 1997.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, dans son article « la clinique et l'ouverture à d'autres discours », souligne que, pour nombre d'experts, la toxicomanie réduite à la pharmacodépendance reste une maladie dont les clés doivent se trouver dans les recherches pharmacologiques ou neurophysiologiques.

Cette vision strictement médicale a été remise en cause dans les années 1970. La toxicomanie fut en effet reconnue par les scientifiques, « comme n'entrant pas dans les cadres théoriques de la science et dans l'ordinaire des pratiques médicales ou psychiatriques .»⁶

Aussi la profusion de discours, qui proposent de synthétiser la question de la toxicomanie à travers l'adhésion ou le rejet « du modèle de maladie », montre bien les limites d'une conception strictement médicale de ce phénomène.

Selon le docteur OLIEVENSTEIN, la toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité qui en sont trois dimensions également constitutives. Il constate que les approches diffèrent selon que l'on porte l'accent sur l'un de ces paramètres plutôt que sur les autres. Ainsi les facteurs appartenant au sujet toxicomane et ceux relevant de son environnement ne pourraient à eux seuls conduire aux comportements de consommation de substances psychoactives, sans une rencontre qui déclencherait ce processus.⁷

René PADIEU remarque aussi « ce jeu d'influences réciproques » dans l'existence de la toxicomanie. « Ce phénomène n'est pas la rencontre d'individus avec un agent extra-social. Il procède de l'interaction de ces individus avec leur environnement, leur éducation, l'économie, la loi et la culture ».⁸

⁷ CLAUDE OLIEVENSTEIN, *La drogue ou la vie*, ROBERT LAFFONT, 1984.

Pour Jean - Michel COSTES, le terme de toxicomane est défini de façon plus pragmatique que théorique car les définitions varient selon les sources, et les dénominations. <<C'est en quelque sorte un élément de l'identité de l'individu relevé par l'institution qui le repère >>. Il s'agit alternativement de toxicomanes, usagers de stupéfiants, de consommateurs de drogues .⁹

Enfin selon Robert CASTEL¹⁰ << il n'y a pas de discours de vérité sur la toxicomanie. Il y a seulement des éléments de connaissances théoriques et pratiques, que l'on a intérêt à prendre en compte et qui peuvent aider à s'orienter dans des questions très difficiles >>.

La toxicomanie est donc infiniment variée dans ses causes, ses formes et les discours qu'elle suscite, apparaissant comme un phénomène social complexe, qui implique différents domaines d'intervention et de recherche.

La toxicomanie désigne l'état d'une personne qui, consommant un produit, altère ses facultés mentales, et parfois physiques et s'engage dans un état de dépendance la conduisant à une altération de son fonctionnement qui s'accompagne de souffrances cliniquement significatives. Le champ de la toxicomanie s'étend ainsi et sa complexité s'accroît lorsque l'on introduit le sujet toxicomane, sa problématique et l'interférence des systèmes en cause.

Dans une perspective d'aide à la mise en œuvre d'un processus de changement, la souffrance du sujet toxicomane dictera ainsi pour une grande part sa possible capacité d'acteur.

⁹ JEAN-MICHEL COSTES, “ *Drogues et toxicomanies : tendances 1989-1994* ”, La documentation française, Echanges .Santé -social, Mars 1996, N°81, Toxicomanie.

2.2. La souffrance du sujet toxicomane

Il semble impossible qu'une personne malade puisse trouver l'énergie suffisante pour modifier son rapport à la drogue. L'objectif du soin aux toxicomanes s'établit donc en terme d'une priorité, celle de la souffrance. Il faut donc avant toute chose : << préciser la nature de la souffrance que l'on entend traiter. Pour les uns, il ne saurait s'agir que de la douleur du manque, tandis que les autres n'envisagent de soigner que la souffrance psychique supposée être à l'origine de la toxicomanie >>. ¹¹

Au terme d'une explication scientifique complexe, Denis RICHARD nous apprend que << l'expérience toxicomaniaque a pour propriété essentielle de créer des souvenirs de plaisirs extrêmement tenaces, quasiment impossibles à effacer de la mémoire >>. La stimulation des neurones, au sein de l'hypothalamus, produit de la dopamine. Celle-ci induit des sensations de plaisirs intenses qui conditionnent l'individu vers un besoin psychique de réitérer l'expérience. Ce besoin se transforme alors en une dépendance physique de nature et d'intensité différentes selon la substance utilisée. ¹²

Pour le docteur Claude OLIEVENSTEIN << La vraie dépendance est en fait d'ordre psychologique, elle a à voir avec le souvenir du plaisir ... C'est bien le toxicomane, et non le produit, qui détermine le mode de dépendance et on peut concevoir plusieurs degrés de dépendance pour un même produit, selon la structure psychologique de l'usager >>. Choisisant de se référer au stade du miroir introduit par Lacan, il nous explique qu'il marque une étape capitale pour l'enfant qui se reconnaît comme différent, qui se pose alors comme un << je >>, comme un << moi >> . En fait le toxicomane n'aurait selon cet auteur qu'entrevu le miroir.

¹¹ Sylvie GEISMAR-WIEVIORKA, *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, SEUIL, 1998.

Cette organisation psychologique parcellise la personne au point qu'elle présente toutes sortes d'éléments de pathologies différentes. << lorsque l'on parle de toxico réel, il y a donc bien le risque d'une sorte de damnation. Seulement, ce risque ne lui vient pas des produits. Il le porte en lui, mieux encore, c'est à travers lui qu'il se transforme, qu'il devient, non pas comme le croient beaucoup de psychiatres un malade mental qui aurait l'usage de la drogue comme symptôme, mais bien un homme autre, original, recréé par l'acharnement toxicomane qu'il apporte à colmater la béance qui fonde son destin >>. ¹³

Dans cette logique, le traitement du toxicomane aura pour objectif le repérage par le sujet de ce qui, dans son histoire, est à l'origine de son comportement toxicomane. Si les causes de l'entrée en dépendance peuvent se révéler différentes en fonction des auteurs, cette dépendance constitue néanmoins un état de souffrance. Passée la période de << lune de miel >>, la sensation de plaisir diminue en intensité au fur et à mesure de l'accoutumance au produit. L'émergence du phénomène de la dépendance crée des souffrances physiques et psychiques (crampes musculaires, sueurs, insomnies, anxiété, douleurs abdominales, nausées, difficultés respiratoires...). La peur de la souffrance liée au manque crée un cercle infernal où n'existe plus que la recherche du produit, l'augmentation des doses en quantité et en temps. La pratique toxicomane comporte des risques de mort par overdose ou par infection au virus du SIDA, des hépatites B et C. Elle est également la porte ouverte à des pathologies nombreuses

- pathologies psychiques : confusion mentale, état dépressif, troubles psychiatriques
- pathologies physiques: cutanées, oculaires, neurologiques, pulmonaires, bucco-dentaires.

Seule la modification de son existence peut conduire une personne toxicomane à trouver l'énergie suffisante pour changer son rapport à la drogue, mais cette modification ne peut avoir lieu que si un changement préalable dans son rapport à la drogue est réalisé. La réponse est sans nul doute

¹³ Docteur Claude OLIEVENSTEIN, *La drogue ou la vie*, ROBERT LAFFONT, 1986.

dans la réalisation d'une période de vie sans souffrance et préalable à tout changements .

2.3.L'évolution du public toxicomane

L'usage de substances ou de produits qui modifient le comportement n'est pas d'origine récente. Selon Louis LEWIN << dès qu'apparaissent les hommes dans le lointain de l'histoire, nous les voyons s'adonnés à l'usage de certaines substances dont la destination n'était pas de les nourrir, mais de leur procurer, lorsqu'ils en sentaient le besoin, un état passager d'agréable euphorie et de confort >>. ¹⁴

Dans l'histoire de la psychopharmacologie trois phases sont distinguées par Pierre DENICKER : la période archaïque, la période classique du 19^{ème} siècle et celle d'aujourd'hui, abordée depuis vingt-cinq ans. Au cours de chacune d'elle, on constate qu'après la fascination liée à la découverte de nouvelles substances et de leurs propriétés, les dangers apparaissent au grand jour. Ceux de la morphine s'établissent au terme de cinquante années d'utilisation médicale, de 1820 à 1870. Les dangers liés à l'emploi thérapeutique de la cocaïne et de l'héroïne sont apparus plus rapidement (après quinze ans d'utilisation, de 1870 à 1885, pour la première et après quatre ans pour la deuxième, de 1902 à 1906). ¹⁵ La législation antérieure à la loi du 31 décembre 1970 montre bien la préoccupation constante des pouvoirs publics à l'égard de l'usage illicite des stupéfiants. On peut citer notamment :

- la loi du 19 juillet 1845 qui pose les principes d'un contrôle indispensable, énumère les infractions et fixe les peines encourues. Le pouvoir réglementaire fixe les modalités de contrôle sur la vente et l'achat des substances vénéneuses et répertorie 72 produits dont l'opium, la morphine, la cocaïne. Cette base permet d'instituer en 1945, le carnet à souche pour la prescription médicale de stupéfiants. ¹⁶

¹⁵ Christian BACHMAN Anne COPPEL, *Le dragon domestique*, ALBIN MICHEL, 1989.

- la loi du 12 juillet 1916 concernera << l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses et notamment l'opium, la morphine et la cocaïne >>. ¹⁷ Des amendes et des peines d'emprisonnement seront prévues pour toute personne qui procurera par tous moyens des stupéfiants ou en facilitera l'usage à titre gratuit ou onéreux, notamment par délivrance ou usage d'ordonnances fictives. ¹⁸ Cette loi ajoute le haschich à la liste des substances vénéneuses. ¹⁹

En 1924 on estime à environ 80 000 le nombre d'intoxiqués à l'opium ou à la cocaïne dans l'agglomération parisienne. La guerre de 1939 entraîne la disparition de ces produits par la fermeture des frontières. La toxicomanie connaît un nouvel essor dès 1945 à travers l'utilisation de l'héroïne, de la cocaïne, du haschich mais au vu du nombre d'arrestations réalisées en 1958 qui s'élève à 83, les historiens considèrent qu'il ne s'agit là que d'une crise passagère. ²⁰

Durant cette période on note une avancée dans la volonté d'endiguer le phénomène sur des bases nouvelles qui prennent en compte la qualité de malade chez la personne poursuivie. La loi du 24 décembre 1953 introduit en effet le principe de l'astreinte thérapeutique. Elle prévoit que << par voie d'ordonnance, le juge d'instruction peut astreindre les intoxiqués à subir une cure de désintoxication >>. Cette disposition ne fut jamais appliquée faute d'un règlement d'administration publique. ²¹

En 1964 le docteur LEBRETON estime le nombre des toxicomanes français à 3 000, dont 1 000 connus des services de police. D'après lui, il s'agit de << sujets d'âge mûr, agissant discrètement et ne cherchant pas à recruter des disciples >>. ²²

¹⁷ Christian BACHMAN Anne COPPEL, *Le dragon domestique*, ALBIN MICHEL, 1989.

¹⁹ Christian LEPRETRE, " La prise en charge du toxicomane en milieu judiciaire .Projet d'alternative a l'incarcération ", Mémoire, E. N.S. P, 1996.

²¹ Paul-Julien DOLL, *La lutte contre la toxicomanie*, BORDAS poche, 1972.

Cette pratique restera durant toutes ces périodes le fait de groupes restreints : artistes, voyageurs, écrivains, médecins, femmes de médecins << qui tentent d'élargir les horizons de leur créativité et de leur imaginaire >>.²³ Puis vers les années 1960, ce phénomène se conjugue avec le mouvement Hippie qui selon Yves GERVAIS << a largement contribué à l'émergence d'une pensée nouvelle, aboutissant à une remise en cause profonde et irréversible des valeurs sociétales antérieures, les jeunes refusant radicalement les modèles de leurs aînés, allant jusqu'à utiliser des drogues interdites pour affirmer leurs idéologies contre culturelles >>.²⁴

Empruntant les circuits musicaux, la toxicomanie devient le moyen d'accéder à une conscience nouvelle conduisant à la non violence, au refus de l'aliénation qu'engendrent le confort matériel et le travail routinier . Se droguer, c'est réaliser un acte subversif, porter atteinte à l'ordre établi.

En France, après 1968, cette << contre-culture >> selon les termes employés par les médias, formera de nombreux adeptes, principalement dans les milieux lycéens et étudiants.

Michel PERRIN, donne l'explication suivante à cet engouement : << Tous appartenaient à la classe dite bourgeoise ou intellectuelle ou désiraient y accéder. Ces jeunes normalement promis à la réussite sociale ont alors perçu plus ou moins consciemment que les espoirs mis en eux allaient se heurter à une réalité différente due à un nouveau contexte socio-économique.

Ce pressentiment de déclassement s'est traduit par une contestation et un rejet de la culture de leurs aînés, exprimés et stimulés par l'usage de la drogue >>.²⁵ Le phénomène toxicomaniaque s'élargit et s'adapte ainsi à une clientèle d'adolescents et de jeunes adultes. La promulgation de la loi du 31 décembre 1970 interviendra pour réprimer ce que certains pensent être le signe <<de la décadence de la civilisation occidentale >>. Considérant que les toxicomanes sont victimes d'un fléau venu d'ailleurs, elle mêlera mesures répressives et mesures sanitaires.

²³ Philippe BOGGIO, " Stars et drogue :L'overdose d'hypocrisie ", *MARIANNE*, Semaine du 19 au 25 janvier 1998, N°39.

²⁵ Michel PERRIN, " Anthropos ", *AUTREMENT REVUE*, 1989, N°106.

2.4. La toxicomanie et les banlieues

La drogue ne produit pas que de la souffrance. Deux éléments lui confèrent une valeur économique importante, sa rareté et son interdiction. Entre 1976 et 1978 << avec la crise et le développement des échanges internationaux, le commerce des stupéfiants est devenu un secteur économique solide au sein des pays occidentaux >>. Christian BACHMAN et Anne COPPEL distinguent trois étapes dans l'introduction et la généralisation de ce commerce aux banlieues.²⁶ << Durant la première les héroïnomanes se regroupent dans des lieux précis proches des milieux étudiants. La drogue vient de réseaux orientaux restreints que peu de personnes maîtrisent. Il se produit alors une diffusion par capillarité sur les banlieues avoisinantes où certains s'hardissent à faire des voyages vers la Thaïlande >>.

<< Une fois la drogue diffusée dans le tissu urbain, les revendeurs s'installent dans les cités et exercent leur petit métier sur leur lieu d'habitation. L'économie de la drogue ne se cantonne plus à quelques réseaux étroits ; des micro-circuits de distribution s'installent, qu'alimentent une offre internationale croissante >>. << A la hiérarchie des vendeurs, du grossiste au détaillant, s'adjoignent différentes fonctions telles qu'intermédiaires, pour le << deal >> en appartement et, plus modestement, rabatteurs pour le deal de rue qui exige aussi des guetteurs payés le plus souvent en nature >>. La drogue devient un phénomène de masse au niveau de la France entière. Pour cette nouvelle génération de toxicomanes << la drogue apparaît comme une issue à la peur du chômage, à l'insécurité du monde et des individus. Les jeunes qui deviennent toxicomanes décrivent souvent combien ils se sentent perdus, seuls, sans soutien familial ou social suffisant. La drogue fonctionne alors comme un écran entre le toxicomane et le monde, lui évitant de se confronter aux risques inhérents à la vie en société >>.²⁷

²⁷ Sylvie GEISMAR- WIEVIORKA, *Les toxicomanes*, SEUIL, 1995.

2.5. La législation sur la toxicomanie

En France, la politique de lutte contre la drogue s'est durant plusieurs années caractérisée par trois options fondamentales. L'abstinence comme norme, la désintoxication des personnes, l'éradication des drogues du paysage social.

Cette politique s'est structurée avec la loi N°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Cette loi qui réprime l'usage et le trafic des stupéfiants, introduit une spécificité particulière qui est celle de l'injonction thérapeutique permettant au toxicomane demandeur d'aller vers des soins plutôt que d'intégrer la prison.

C'est ainsi qu'aux termes des articles L.628-1, L.628-2, L.628-3 du code de santé publique, le procureur de la république, le juge d'instruction ou la juridiction pénale peuvent prononcer une injonction thérapeutique à l'égard d'un toxicomane, c'est à dire lui enjoindre ou l'astreindre à suivre une cure dans un établissement spécialisé.

Le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 apporte des précisions importante dans la prise en charge des personnes toxicomanes. Selon ce décret :

- les appellations centre de postcure, centre d'accueil, et C H R S sont remplacé par celle de centre de soins avec ou sans hébergement. Cette dénomination permet dorénavant d'identifier les seuls centre autorisés par l'Etat et financés par le ministère de la santé.

- la mission de ces centres est affirmé à l'article 2. Celui-ci distingue, au travers des activités qu'il énumère, la prise en charge socio-éducative de la prise en charge médico-psychologique.

Cela implique pour les centres de soins, une pluridisciplinarité des équipes devant aboutir à une absence de prépondérance d'un type d'acte sur un autre.

La circulaire du 15 février 1993 et celle du 28 mai 1995 ont remis l'accent sur l'injonction thérapeutique en réaffirmant le rôle des autorités judiciaires (le procureur de la République) et sanitaires (la D D A S) et en renforçant la collaboration entre ces deux autorités. La circulaire du 28 mai 1995 rappelle que l'injonction thérapeutique est au carrefour de trois nécessités :

- une nécessité judiciaire : l'injonction thérapeutique doit permettre une diversification des réponses et des mesures appropriées à tout acte de délinquance,
- une nécessité sanitaire : l'injonction thérapeutique permet le plus souvent un premier contact entre le toxicomane et le système sanitaire,
- une nécessité sociale : l'injonction thérapeutique doit favoriser l'insertion des personnes, jeunes en grande difficulté qui, par leur toxicomanie, relèvent d'une prise en charge sanitaire.

La Circulaire D G S /SP3 /95 N° 29 du 31 mars 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés précise << que la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique >>. Elle ajoute que seuls deux médicaments, la Méthadone et la Buprénorphine haut dosage, ont ou auront une indication validée de traitement des pharmacodépendances aux opiacés.

2.6. La genèse de la substitution

Catalyseur majeur, le Sida créa, à partir des années 1980, de nouvelles approches préventives et thérapeutiques. Un certain nombre de paramètres se conjuguent avec l'arrivée de cette maladie :

- un accroissement du nombre des toxicomanes de plus en plus jeunes,

- l'inaccessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour cette population,
- la pratique de substitution par usage détourné de médicaments, largement répandue chez les toxicomanes,
- une augmentation de la répression qui n'apporte pas les résultats escomptés.

En 1980 la Hollande développe les premiers programmes de Méthadone ®. Le premier vise à attirer et retenir les toxicomanes dans le réseau sanitaire. Le second, thérapeutique, vise à terme l'abstinence. Le Royaume-Uni propose à son tour en 1986 l'instauration d'une politique de diversification dans les prescriptions d'opiacés (méthadone injectable, orale). Les Etats-Unis évoluent également en 1987 vers une politique qui se résume en deux axes principaux : la mise en place de cures de méthadone, et un travail de rue qui fait appel aux leaders des communautés auxquelles appartiennent les populations les plus marginalisées.²⁸La volonté politique de mettre en place des traitements de substitution s'affirme en France tardivement . Cette position se concrétisera par la mise sur le marché de deux médicaments spécifiques pour le traitement des pharmacodépendants aux opiacés, la Méthadone ® en 1992 et le Subutex ® en 1996.

La Méthadone ® fait partie de la liste des stupéfiants. Elle est réservée aux adultes volontaires, pharmacodépendants aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge en centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Ce médicament est délivré en doses quotidiennes pour une durée de 7 jours. Des analyses urinaires sont régulièrement effectuées pour contrôler la bonne marche du

traitement et l'abandon par le patient de tout autre produit.

La prescription de Méthadone ® impose au patient d'être rattaché à un centre et un seul.

<< Si le sujet est considéré comme ayant retrouvé un équilibre personnel, sans consommation d'autres produits et avec des conditions sociales favorables, le traitement peut être poursuivi par un médecin de ville. Ce dernier doit alors être contacté par le médecin du centre. La Méthadone ® est délivrée par un pharmacien d'officine contacté à son tour par le médecin de ville. La délivrance peut être quotidienne ou espacée de plusieurs jours, dans la limite maximale d'une semaine. Si le patient sous Méthadone souhaite changer de médecin de ville, il doit reprendre contact avec le médecin du centre qui a effectué la première prescription >>. ²⁹

La buprénorphine (Subutex ®) prend une part considérable dans le traitement des personnes toxicomanes par rapport à la Méthadone ®. Ce produit n'est pas prescrit dans un cadre identique et permet aux sujets toxicomanes qui ne souhaitent pas s'arrêter de bénéficier néanmoins d'un traitement légal qui évite les phénomènes de manque. Le traitement au Subutex ® est réservé aux adultes et adolescents volontaires. Il peut être prescrit par tout médecin dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge du patient présentant une pharmacodépendance. La prescription est établie sur un carnet à souches pour une durée qui ne peut excéder 28 jours. Ce médicament se présente sous la forme de comprimés dosés à 0,4 , 2 et 8 mg, dont la galénique est une forme sublinguale.³⁰

2.7. Les objectifs de la substitution

Inventées au 19^{ème} siècle dans les pays Anglo-saxons sur le modèle de la lutte anti-alcoolique, les premières formes de traitement contre la pharmacodépendance ont tout d'abord prôné l'abstinence. La morale et l'exhortation devaient suffire à arrêter ces personnalités <<faibles, mal conseillées, mal éduquées >>. Aux Etats-Unis durant cette même période, l'un

²⁹ Mathieu VERBOUD, " Choisir le << bon >>produit de substitution ", *Le journal du sida*, Avril- Mai 1997, N°95 /96.

des moteurs de la pharmacologie sera la recherche du << produit qui guérit la maladie qu'engendre le produit >>. C'est ainsi que le docteur BENTLEY << guérira >> ses clients morphinomanes par la cocaïne.

En France, si le docteur DEERING se fait le champion de la méthode de suppression brusque, des médecins tenteront de réduire progressivement la consommation de morphine de leurs malades. C'est la méthode douce des aliénistes de la Salpêtrière.

Le procédé de traitement par produits de substitution sera réintroduit en France à partir des années 1992. Selon Vincent FONTAÀ et Jean -Luc SENNINGER, les objectifs de la substitution sont :

- stabiliser l'usager de drogue afin de le réinscrire dans une dynamique de soins,
- supprimer les signes de sevrage consécutifs à l'arrêt d'héroïne,
- réduire l'appétence à l'héroïne,
- réduire les risques inhérents à la consommation d'héroïne (réduction des risques infectieux, amélioration de la qualité de vie, appropriation des repères existentiels, aide à la réinsertion sociale, professionnelle, affective).³¹

2.8. La substitution comme opportunité

Si l'abstinence reste encore perçue comme l'objectif des traitements proposés, les moyens pour y parvenir sont devenus multiples et acceptés comme tels. Selon Robert CASTEL:³² << Il semble que la sortie (de la toxicomanie) dépende au moins autant de la nature ou de la qualité du secours reçu que du moment auquel la rencontre se produit par rapport à la trajectoire du

³¹ V FONTAÀ . J.L SENNINGER, *Le médecin et le toxicomane - Guide pratique*, HEURES DE FRANCE, 1997.

toxicomane, et en particulier par rapport à ce moment où la conscience se fait que trop c'est trop, que la galère est trop coûteuse, que le prix à payer est trop cher pour un plaisir qui devient de plus en plus aléatoire ... Alors souvent, il se produit comme un déclic qui entraîne la décision d'essayer de s'en sortir >>.

Si pour tout toxicomane la sortie de la toxicomanie est liée à un changement qu'il décide, la nature et la réalisation de celui-ci sont aussi liées à son environnement. Sujet en souffrance psychique et physique, le toxicomane des quartiers difficiles n'échappe pas au cumul des exclusions sociales ni aux interactions qui le lient à son environnement. Elles peuvent constituer des charges conséquentes qui enferment la personne toxicomane dans un système inextricable. Aussi de l'adhésion à un traitement de substitution vers une décision qui mènera au sevrage et à la désintoxication, la distance est souvent longue.

L'ensemble des constats exprimés dans ce chapitre fondent à mon sens l'accompagnement socio-éducatif sur les lieux de vie des personnes toxicomanes par une équipe de prévention spécialisée pour amener les sujets toxicomanes à bénéficier d'un traitement de substitution et transformer cette opportunité en tremplin vers le sevrage et la désintoxication.

3. L' HABITANT TOXICOMANE DE QUARTIER POUR UNE PERSPECTIVE DE CHANGEMENT

3.1. Le problème du changement

A quelques exceptions près, pour les toxicomanes du quartier, les sevrages en hôpitaux, en maison d'arrêt, sur le quartier avec l'aide de la famille et des copains où au cours d'un transfert avec l'appui du groupe et des éducateurs, se sont toujours soldés par des rechutes. Ces rechutes cumulées, outre la souffrance qu'elles impliquent pour les personnes qui les subissent démontrent l'inadéquation des solutions proposées. Il apparaît ainsi que lorsque le sevrage ou un traitement de substitution n'est que l'expression de la volonté d'un tiers, il a peu chance de réussir. Cette intention de vivre << à la place de et pour >> se retrouve fréquemment dans une famille. Elle peut également, sans une vigilance de tous les instants, s'exprimer dans l'intervention socio-éducative.

Les solutions évoquées ci-dessus porteraient, du fait de la confusion initiale sur la nature du changement, les << germes d'un nouveau problème >>, car le cumul des échecs liés à ces situations pourrait renforcer chez le toxicomane et son entourage l'idée d'une incapacité à suivre tout traitement ou développer celle de leur inutilité.

De même, la seule prise en compte d'un symptôme qui, selon les personnes, sera lié à la santé, au logement, à l'emploi, à la justice, à la toxicomanie, peut enfermer dans des procédures d'urgences répétitives. Le << nomadisme social >> caractérisera alors une population enfermée dans un système d'assistance. A terme, cette situation aboutira à faire un problème de ce qui était à l'origine proposé comme une solution.

Tout changement implique donc avant sa mise en œuvre, une réflexion préalable pour distinguer les objectifs recherchés de ceux qui risquent d'être obtenus et déterminer la place et l'implication des acteurs dans le changement proposé.

<<Quel sera en fin de compte, l'objectif du soin aux toxicomanes ? Sylvie GEISMAR-WIEVIORKA répond <<Ce sera de permettre de vivre avec moins de souffrance la vie qu'ils choisissent de mener, avec ou sans la drogue. Choisir, cela implique de ne plus se vivre exclusivement comme agi par le besoin de drogue. Souffrir moins, cela requiert tantôt de changer de mode de vie, tantôt de s'accommoder mieux de celui que l'on mène. Dans tous les cas, la notion de changement demeure fondamentale >>. ³³

A l'égard du changement, J MAISONNEUVE parle << d'un processus qui s'accompagne d'un état de tension psychologique, de sentiments vécus souvent confus où se mêlent une anxiété et une certaine nostalgie vis à vis de l'ordre passé, la pression d'une urgence ou même d'une contrainte, mais souvent quelque espérance >>. ³⁴

Je pense que ce processus correspond à la période où l'individu cherche de nouveaux repères. Si l'on admet que le changement n'est possible que par une évolution individuelle soutenue par des agents extérieurs cela permet de penser que l'accompagnement socio-éducatif du sujet toxicomane par une équipe de prévention spécialisée en amont d'une demande de soins peut être envisageable.

³³ Sylvie GEISMAR -WIEVIORKA, *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, SEUIL, 1998.

3.2. Le toxicomane dans le contexte du quartier

Il ne serait possible d'accepter le changement qu'après avoir anticipé et accepté au préalable les conséquences de celui-ci. Autrement dit, c'est la remise en cause des << connaissances primaires >> (je les qualifie ainsi car elles se situent avant l'idée de changement), l'évolution de celles-ci et l'acquisition de nouvelles connaissances qui permettraient l'acceptation du changement.

S'agissant de toxicomanes, la période dite de substitution, c'est à dire celle où l'individu n'est pas entravé par un état de manque correspond à un temps où l'accompagnement socio-éducatif peut avoir lieu. Il a pour objectif de conduire le sujet vers une remise en cause de ses connaissances primaires, celles qui faussent les informations sur les dispositifs de soins et l'écartent de tout processus de changement à long terme.

Cela nécessite pour l'équipe éducative une interrogation sur les capacités des personnes à gérer les mouvements de rupture avec les situations vécues, leur capacité à anticiper les situations futures.

Pour François VEDELAGO << le plus généralement, l'usager de drogues est envisagé comme un individu dont la conduite devrait être appréhendée à partir de l'idée selon laquelle il se trouve totalement sous l'emprise de produits stupéfiants et est incapable d'entretenir des relations sociales normales ou de poursuivre des stratégies rationnelles >>. Il précise cependant que << le monde des toxicomanes est un monde pluriel, polymorphe. Il participe de façon successive à différents mondes sociaux ... Leur vie quotidienne ne peut être conçue comme exclusivement placée sous le signe de l'emprise d'un déterminisme radical : celui du produit >>.³⁵

³⁵ François VEDELAGO, " La carrière sociale du toxicomane " in *La demande sociale de drogues* Albert OGIEN et Patrick MIGNON, LA DOCUMENTATION FRANCAISE 1994.

Cela oblige à répertorier dans leur environnement :

- les résistances susceptibles d'entraver les procédures,
- les alliés à l'interne et à l'externe qui les favoriseront.

Ainsi dans ces quartiers, où on ne sait pas comment occuper son temps, des groupes de jeunes << tiennent les murs >> généralement de 12 heures à 3 heures du matin. Le sujet toxicomane s'approvisionne ponctuellement dans ces groupes, où il reçoit les informations nécessaires à sa consommation. La relation avec le réseau lui permet également de conserver des <<socialités >> comme derniers refuges contre la solitude. Toutefois si le sujet toxicomane appartient au groupe, il n'y joue qu'un rôle subsidiaire, le plus souvent il sert de bouc émissaire, d'objet de dérision. Seules les personnes qui ont eu des comportements violents inspirant la crainte, la folie, avant et pendant leur toxicomanie conservent un certain << respect >> de la part de ces groupes.

Les toxicomanes de quartier trouvent au sein de ces groupes ainsi constitués, une place fortement soumise aux fluctuations de l'environnement dominé par les jeux de pouvoirs. Cette domination participe à la neutralisation des parents, à l'accroissement des facteurs individuels de vulnérabilité. Je citerai ceux que nous avons répertoriés dans l'étude de situation des personnes suivies :

- la pauvreté des relations affectives, les discontinuités dans la vie relationnelle,
- l'intolérance à la frustration, l'agressivité,
- la difficulté à trouver des relations satisfaisantes dans la famille avec les autres générations et avec l'environnement,
- la perception négative de sa personne et de ses compétences,
- l'incapacité à différer la satisfaction des besoins,
- la sensibilité aux pressions sociales.

Ces vulnérabilités sont accentuées lorsque l'environnement favorise des phénomènes de répétition.<< les comportementalistes ont en effet démontré qu'un comportement qui se répète s'auto-renforce et peut renforcer des comportements annexes. >>. ³⁶

Les vecteurs issus de l'environnement qui favorisent la répétition des comportements doivent être envisagés en terme de résistances susceptibles d'entraver tous processus de changement.

Toutefois l'isolement du sujet toxicomane de son milieu, comme la rupture de la relation du toxicomane avec son produit ne constitue pas une réponse déterminante. De nombreuses tentatives ont souvent été effectués dans ce sens et l'histoire de la toxicomanie démontre que ces solutions ne constituent que des réponses fugitives et aléatoires.

3.2.1. La stigmatisation interne

Dans les quartiers où nous intervenons, la toxicomanie est ressentie comme une épidémie c'est à dire comme un phénomène dont l'ampleur menace toute la population. Ce terme suggère pour la plupart des esprits, une menace extérieure, la vision d'agents extérieurs dont la dynamique serait telle qu'ils pourraient s'emparer des individus les uns après les autres.

Mettant en avant un cadre de normalité, on peut, en fonction des discours liés à des périodes de vie du quartier et des événements locaux, associer à ce phénomène les termes de << dealers >>, << toxicomanes >>, << familles à problèmes >>. Un déplacement s'opère, de l'objet de préoccupation sociale vers une stigmatisation des personnes susceptibles de recevoir une identité de << bouc émissaire >>.

Le toxicomane est dans ce contexte enfermé dans une identité négative irréversible liée à la déchéance qu'il inspire. Cette stigmatisation est un frein supplémentaire au changement. Cette identité négative est en effet la confirmation d'une existence sociale dans laquelle l'individu peut se complaire et à laquelle il s'accroche s'il n'a pas d'autre alternative.

Le toxicomane de quartier participe ainsi, dans le cadre des interactions avec son environnement, à la construction d'une identité de victime ou de bourreau. Cette image élaborée en conformité avec la demande pèse fortement sur ses épaules et le conduit à un processus d'escalade aboutissant à des conduites dangereuses pour lui même ou pour son entourage.

Indépendamment de sa relation au produit, il existe une particularité chez le toxicomane de quartier : c'est, malgré la stigmatisation dont il fait l'objet, << son accroche >> au quartier. Mis en contact avec les services de soins, il ne disparaît jamais que provisoirement du territoire.

Les transferts sur plusieurs semaines que nous organisons ont également pour objectif de réduire ce lien afin de préparer, sur d'autres bases, les possibles séjours en post-cure.

L'isolement de son milieu, lorsqu'il a pour but la construction d'une identité différente, porte à mon avis une signification plus forte que celle qui n'aurait pour objectif que de couper la relation du toxicomane avec son produit. Nous avons pu en effet constater les capacités des toxicomanes à s'intégrer dans des réseaux de distribution, indépendamment de leurs connaissances préalable des lieux. Ce constat renforce pour nous la nécessité des prises en charge psychothérapeutiques extérieures à l'environnement des toxicomanes, l'accompagnement socio-éducatif ne pouvant être envisagé en l'occurrence que comme une atténuation des problèmes et une préparation à une prise en charge future. Dans ce contexte l'utilisation par les usagers de produits de substitution peut apparaître comme une opportunité pouvant faciliter l'objectif général de changement.

3.2.2. Le détournement comme phénomène culturel

L'élaboration et l'enracinement des pratiques toxicomaniaques sont favorisés par un environnement qui mêle d'après Michel JOUBERT trois cas de figure qui s'entrecroisent à l'intérieur d'un même quartier :

- le raccordement qui est constitué de liens informels formant << un bricolage d'accès, de passerelles avec la logique publique...>>,
- le détournement correspondant à des fonctions palliatives, alimentées et générées par des réseaux communautaires et familiaux. Les filières du travail au noir, de la << débrouille >> et du << business >> en sont les exemples types dans le domaine de l'économie parallèle,
- l'amenuisement qui est l'auto-limitation des recours, des besoins, la recherche d'une régulation << à l'économie >> qui favorise le retrait de l'espace public.³⁷

Selon l'auteur, le système toxicomaniaque trouve dans ce contexte une capacité d'expression indéniable. Des effets de masquage et de recyclage, garantis par << la régulation locale >> permettent l'appropriation d'une partie de l'espace et du temps social du quartier au profit d'une économie parallèle, avec ses emplois induits. L'ensemble pouvant à l'occasion produire des phénomènes << de rétablissement de l'ordre >> liés à la protection du marché.

C'est ainsi que l'apparition du Subutex ® a permis aux dealers de développer une nouvelle << branche >> du circuit économique parallèle. Le toxicomane qui n'a pas les moyens d'acheter sa dose, peut cependant bénéficier d'un prix particulier, pour l'obtention d'un comprimé de Subutex ®.

Le dealer refuse au client son produit mais lui permet de ne pas être en manque. Cette pratique commerciale se met en place le soir et le prix du comprimé augmente au fur et à mesure que la nuit s'avance.

³⁷ Michel JOUBERT, " Ghetto et mafias ? La dualisation de l'espace public des quartiers défavorisés ", *La demande sociale de drogues* Albert OGIEN et Patrick MIGNON, LA DOCUMENTATION FRANÇAISE 1994.

Les relations entre toxicomanes sont également marquées par les phénomènes de détournements médicamenteux. Il n'est pas rare qu'ils se plaignent de << prêt >> de médicaments non rendus, qui peuvent donner lieu à des altercations. Ils approvisionnent un système dans lequel ils sont tour à tour perdants ou gagnants.

Le détournement médicamenteux agit donc sur ces territoires comme un phénomène culturel, puisqu'il introduit des comportements et des langages codés qui se transmettent et servent à la fois de filtres et de modèles de référence.

3.3. Le choix du produit de substitution

A Rouen, une seule association dispose d'une unité Méthadone. C'est l'Association Rouennaise d'Interventions et de Recherches en Toxicomanies. Elle existe depuis 1980 et dispose d'un psychiatre, de psychologues, médecins, éducateurs, infirmiers psychiatriques, qui se sont spécialisés en toxicomanie.

Cette association constitue pour nous un partenaire de référence essentiel dans le domaine de la toxicomanie. Pendant longtemps, nos contacts ont été établis en fonction des besoins des usagers, de leurs demandes d'un accompagnement vers cette structure, et de nos interrogations à l'égard de ce phénomène.

Depuis la création de notre équipe << Toxico-rue >> j'ai souhaité que des réunions avec les responsables de cette association soient organisées tous les trimestres. Comme me le confirmèrent les membres de cette association, l'ensemble des contraintes liées au traitement par la Méthadone nécessite pour le patient d'être réellement motivé pour les supporter. C'est pourquoi, lorsque le sujet toxicomane choisit de bénéficier d'un traitement par Subutex ®, la question qui se pose est celle de sa motivation et des buts qu'il recherche.

Le choix de l'application de l'un ou l'autre traitement dépend aussi de réalités telles que l'imprévisibilité du patient. Celle-ci ne constitue pas une caractéristique exclusive des sujets toxicomanes de quartier car Sylvie GEISMAR -WIEVORKA souligne en effet que « la vie de toxicomane est faite d'aléas et d'imprévis. Le fait qu'un patient soit en mesure de venir à un rendez-vous ne dépend pas exclusivement du savoir faire du thérapeute, mais aussi de la situation psychologique et existentielle du patient. Avec un toxicomane, il ne faut pas escompter savoir d'emblée (ni même plus tard) ce qu'il en est précisément de ses conditions de vie ni si elles lui permettent de suivre régulièrement un traitement, quel qu'il soit ».³⁸

3.4. La détermination des besoins

Le problème qui se pose au niveau des préalables et des objectifs liés au processus de changement que nous tentons de mettre en place est celui de la détermination des besoins. Ceux-ci ne peuvent être mis en corrélation avec les demandes visibles ou exprimées.

Depuis l'apparition sur le marché du produit de substitution le Subutex®, la plupart des toxicomanes s'écartent des procédures habituelles de sevrage et de désintoxication.

Sous couvert d'un mieux-être fugitif et aléatoire, ils s'enferment plus ou moins dans des processus médicamenteux dont ils ne maîtrisent ni la durée ni les choix. Pour certains les problèmes leur semblent résolus et les besoins mis en exergue sont étroitement liés à l'obtention de produits de substitution. D'autres adhèrent du mieux qu'ils peuvent à l'accompagnement socio-éducatif que nous leur proposons pour les aider à maintenir leurs efforts, à gérer au mieux les situations d'échec et tenter de rétablir une vie sociale satisfaisante pour eux et leur environnement.

Dans ce cadre la détermination des besoins nécessaires à la personne toxicomane est étroitement liée à la perception qu'une équipe se fait d'une situation de référence où les besoins vitaux sont satisfaits en fonction des moyens disponibles. La seconde étape consiste à permettre aux usagers de dépasser la seule satisfaction de leurs besoins vitaux .

Mais comme le souligne Christian LEPRETRE ³⁹ << l'élaboration d'une demande d'un sujet toxicomane à l'égard du dispositif de soins spécialisés nous questionne, tant le décalage peut être important entre ce qu'il pense demander, ce qu'il demande, ce que nous entendons, et ce qu'il suppose de ce que nous pourrions répondre. Généralement dans sa demande, il nous met en concurrence avec la drogue. De ce fait, cette demande se heurtera toujours à l'insuffisance de notre réponse puisque celle-ci ne réglera jamais, même momentanément, sa souffrance >>.

Cette complexité à décrypter la demande d'un sujet toxicomane s'amplifie lorsqu'elle subit l'influence de l'environnement du sujet. En effet les résistances qui participent à l'enfermement du toxicomane sont le résultat d'une organisation également complexe où les pouvoirs sont constamment redistribués en fonction des << jeux >> de l'économie souterraine.

La demande du sujet passe également par le filtre de celui qui la reçoit, en fonction de ce qu'il est et de ce qu'il attend. C'est le problème de l'observateur-acteur qui, malgré toutes les précautions qu'il peut prendre, induit des écarts importants dans la retranscription qu'il fait d'un phénomène. Il se pose bien sûr pour une équipe qui est intégrée sur le même territoire que le phénomène qu'elle rencontre. Le risque est important pour l'équipe de mettre en évidence les interactions dont elle est le témoin pour ne retenir qu'une vision explicative réduite des phénomènes complexes qu'elle rencontre.

³⁹ Christian LEPRETRE, “ La prise en charge du toxicomane en milieu judiciaire. Projet d'alternative à l'incarcération ”, Mémoire CAFDES, ECOLE NATIONALE de la SANTE PUBLIQUE, 1996.

L'élaboration d'un projet et sa mise en oeuvre sont tributaires de cette vision mais

également du discours des personnes qui préconisent << de faire quelque chose >> :

- des élus, dont les demandes s'expriment en terme de nécessités urgentes sous tendues par des enjeux politiques,
- des parents des sujets toxicomanes, qui souhaitent une prise en charge libératrice des souffrances et violences qu'ils subissent,
- des contribuables, qui revendiquent le droit à un << monde sans problème >> au regard de leur contribution financière annuelle,
- de nos usagers non toxicomanes, qui considèrent que la toxicomanie est un choix qu'il faut assumer seul, que d'autres problèmes sont à mettre en priorité, notamment les leurs.

La prise en compte de l'ensemble de ces demandes peut aboutir à la confusion du fait de la diversité des représentations du phénomène. Le risque devient alors celui d'élaborer un projet dont l'ensemble aboutit à des réponses aux diverses demandes, sans lien de cohérence entre elles : dans ce projet les bénéficiaires sujets toxicomanes ne pourront véritablement pas distinguer leur place.

3.5. Un projet comme support au changement

L'objectif d'un changement est d'instaurer un nouvel équilibre car << tout changement implique la transformation plus ou moins brusque et profonde d'un certain système d'équilibre, donc une phase de rupture jusqu'à l'instauration d'un nouvel équilibre >>. ⁴⁰ Mais si le changement préconisé ne peut prendre en compte les demandes de ses destinataires il est fort probable, qu'en définitive les résultats ne soient pas ceux escomptés.

C'est pourquoi il semble nécessaire de construire un projet préalable au changement, qui n'aura

d'autre but que de favoriser l'efficience du projet de changement lui-même.

L'association que je dirige s'est depuis longtemps préoccupée du phénomène de la toxicomanie

Mais pendant longtemps les interventions menées par les différentes équipes de l'association ont eu pour objectif de mettre en contact les toxicomanes qui le souhaitaient avec les services de soins de :

- l' A R I R T (association de recherche et d'intervention rouennaise en toxicomanie)

- LE BOIS DES LOGES centre de post-cure (Association du château du bois des loges)

Au fur et à mesure de l'amplification du phénomène toxicomaniaque, cette pratique s'est révélée inefficace. Les contacts avec cette population fluctuante étaient le plus souvent liés à des périodes de crise et des phénomènes de manque. Les interventions socio-éducatives s'enfermaient, sous la pression des toxicomanes et de leur environnement, dans des mesures d'urgence qui vouaient à l'échec de toute démarche de soins. Par ailleurs lors de réunions publiques, nous constatons que cinq problèmes revenaient sans cesse dans le discours des habitants :

1° Celui des toxicomanes << écroulés >> dans les escaliers à n'importe qu'elle heure du jour et de la nuit et pour lesquels des soins pouvaient s'avérer indispensables.

2° L'impossibilité pour les habitants de faire intervenir les services de soin ou de police sans crainte de représailles, ce qui signifie à terme la perte de toute régulation citoyenne.

3° L'impossibilité pour les pompiers, les services médicaux, les services de police d'intervenir sans risquer << la dépouille >> les jets de pierres, l'émeute par les groupes de jeunes présents à toute heure.

4° La squatterisation par les toxicomanes en crise, des services publics, des lieux de culture, de sport, de l'éducation nationale, des commerces, notamment les pharmacies, dérangeant tout

fonctionnement par leur présence déconcertante, parfois violente.

5° La propagation de la toxicomanie, de son système économique parallèle, vers une << clientèle >> de plus en plus jeune.

Prenant pour base, la prise en compte des attentes de la population, j'ai en accord avec le conseil d'administration, décidé d'orienter une équipe d'éducateurs vers une mission spécifique au phénomène de toxicomanie. Cette équipe a été constituée d'éducateurs de l'association expérimentés dans le travail de rue et volontaires pour une mission d'interventions spécifiques auprès des toxicomanes. Elle avait pour objectifs, en réponse aux problèmes évoqués :

- de favoriser l'intervention des équipes médicales en cas d'urgence et mettre en place des processus de médiation entre les habitants et les toxicomanes lors des situations de crise,
- d'établir des contacts permanents avec les toxicomanes pour leur proposer une aide,
- de mettre en oeuvre un programme d'actions devant permettre à ces personnes d'accéder aux dispositifs de soins, notamment de sevrage et de désintoxication,
- de participer avec l'ensemble du personnel de l'association à la mise en oeuvre de

mesures de prévention à l'égard des jeunes.

Pour ce faire nous avons au préalable choisi de mettre en place :

- un service d'aide et d'assistance fonctionnant 24 H / 24 H et 7 jours sur 7, par le biais du téléphone portable et permettant d'intervenir sur appel direct,
- un renforcement du travail de rue principalement le soir et une partie de la nuit pour prendre en compte << la réalité nocturne >> du quartier,
- la mise en oeuvre en partenariat avec la Municipalité et la C A F << de Contrats Partenaires Jeunes >> devant aboutir à l'inscription des moins de vingt ans dans des << groupes de référence >> externes au quartier.

4.UN PROGRAMME POUR L'EQUIPE DES ETAPES POUR LES USAGERS

Le prolongement du projet initial

Le projet que je présente ci-après concerne l'élaboration d'une méthode d'action et sa mise en oeuvre pour une population spécifique, celle des toxicomanes vivant sur les quartiers. Il constitue le prolongement des réponses formulées antérieurement par le service à l'égard du phénomène de toxicomanie .

Ce projet se présente sous la forme d'un programme pour le service, c'est à dire d'un ensemble d'instructions élaborées sur la base d'actions recensées comme nécessaires pour atteindre les objectifs poursuivis. Il constitue des étapes, pour les sujets toxicomanes, qui s'enchaînent aux termes d'évolutions qui peuvent être constatées. Ce programme met en avant :

- le travail de rue sur des temps devant permettre un contact régulier avec la population toxicomane,
- la constitution de groupes pour dégager des énergies collectives, support possible à l'émergence des énergies individuelles,
- l'élaboration et la réalisation de projets collectifs pour constituer un capital de vie valorisant pour les participants,
- l'aide aux usagers dans l'élaboration et la réalisation de leur projet individualisé comme finalité du projet.

4.1. Les objectifs du projet

Il s'agit donc de proposer aux usagers de nouveaux types d'accompagnement socio-éducatif dans le cadre d'étapes successives. Le passage des étapes, selon une chronologie préétablie, s'effectue à partir d'évaluations qui permettent d'apprécier l'évolution des usagers au travers de constats réguliers effectués avec eux.

L'élaboration d'un projet individualisé dans lequel la possibilité de sortir de la toxicomanie devient effective ou est envisagée dans un cadre adapté, est un objectif recherché par l'équipe éducative. Mais c'est l'appropriation de cette finalité par les usagers qui constitue l'objectif essentiel qui dicte l'ensemble de la méthode d'intervention.

Il s'agit donc de mettre en œuvre un système éducatif permettant d'aborder avec les personnes toxicomanes et sur des bases nouvelles, la nécessité du sevrage et de la désintoxication dans des cadres appropriés à leurs besoins. Puis de faire émerger, et de renforcer, chez le sujet toxicomane, un engagement à l'égard de lui-même, lui permettant l'accès et la réalisation d'une démarche de soins. Il s'agit d'un programme pour l'équipe éducative fait de grandes lignes à suivre qui entraîne autant d'exigences, à l'égard desquelles on ne peut déroger sous peine de retirer à l'action socio-éducative sa substance même. L'ensemble des instructions reste, à partir d'évaluations régulières, ouvert à toute adaptation et amélioration nécessaires.

4.2. Le processus de changement

La mise en œuvre du projet que je propose est élaborée sur la base d'expérimentations antérieures. A l'évidence, celles-ci ne pouvaient agréer de manière définitive leur propre système de fonctionnement puisqu'il n'était conçu à l'origine qu'en terme provisoire. De même, l'évolution des objectifs, la mise en priorité d'actions positives pouvaient sembler suffisantes à la réalisation du projet. Mais le risque majeur était d'accroître les insuffisances et de renouveler les erreurs sous couvert d'une fausse rhétorique de changement. Autrement dit d'aboutir à faire << la même chose >> en pensant appliquer des solutions nouvelles. Ces dernières, bien qu'inadéquates, introduiraient alors des difficultés supplémentaires devenant le point de départ d'un << jeu >> sans fin. C'est pourquoi j'ai considéré qu'il fallait créer une rupture avec la situation antérieure en changeant le système de fonctionnement initial.

Effectuer un changement suppose un projet préalable à étapes successives afin de permettre aux personnes concernées d'accepter les remises en cause qu'il suscite .

Partant du principe énoncé par Erhard FRIEDBERG ⁴¹ selon lequel la réussite d'un changement dépend de la mise sur pied d'un dispositif d'accompagnement, j'ai tout d'abord constitué un groupe-projet comprenant l'ensemble des chefs de service. Ce groupe-projet s'est appuyé sur les évaluations antérieures et a réalisé une enquête interne par le biais d'un questionnaire adressé à l'ensemble du personnel. Cette enquête avait deux objectifs. Le premier était de recenser auprès des éducateurs un certain nombre de points parmi lesquels :

- le nombre de toxicomanes rencontrés par chaque professionnel au cours des six derniers mois,
- les difficultés exposées et les solutions proposées,
- la fréquence et la nature des rapports entretenus avec l'équipe toxico-rue,
- l'existence de réseaux en lien avec les problèmes de toxicomanie,
- les suggestions possibles à l'interne et à l'externe pour traiter ce problème.

Le second était d'ouvrir à l'ensemble du personnel un nouveau mode d'organisation permettant l'émergence de nouvelles compétences. Celles-ci devaient à terme constituer les bases d'une synergie interne à la disposition de l'équipe toxico-rue. Pour ce faire j'ai confié, à chaque membre du groupe-projet, le soin de constituer une commission de travail à partir des points énoncés ci-dessus.

⁴¹ Erhard FRIEDBERG, *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée*, SEUIL, Avril 1993.

Afin de produire un phénomène d'émulation dans l'engagement des membres du groupe et de démultiplier ainsi l'impulsion initiale, l'animation des commissions et la communication entre elles a été confiée à tour de rôle à chacun d'entre eux. Cette délégation avait également pour objectif, par l'octroi de responsabilités, de faciliter une appropriation du projet par l'ensemble des membres du service et éviter le cloisonnement des missions imparties à chaque équipe.

J'ai ensuite élargi le groupe-projet à l'ensemble du personnel. Ce grand groupe a été, sous ma direction, chargé de mettre en place les grandes lignes du projet et d'élaborer un ensemble d'instructions devant le conduire. Nous avons ainsi considéré que la nature et le contenu des étapes pour les usagers devaient être à la source des premières interrogations. Ceci pour plusieurs raisons :

- l'utilisateur étant le bénéficiaire de l'action, la logique est de partir de ses besoins pour adapter les moyens existants et en créer de nouveaux,
- les moyens mis en oeuvre constituant un programme pour l'équipe éducative devaient remettre en question de façon claire les procédures et les points d'appui acquis au cours des expérimentations préalables au projet,
- les mesures à prendre et leur mise en oeuvre sur le terrain devaient se concevoir en terme de négociation implicite pour augmenter les disponibilités.

Le respect d'un échéancier a facilité l'instauration progressive de nouvelles méthodes de travail pour l'ensemble du personnel en terme de concertation et d'élaboration de projet. L'ensemble de ce fonctionnement facilite désormais l'assistance interne de l'équipe toxico-rue.

4.3.1. Le travail de rue

Ce type d'intervention correspond à la première étape du projet, celle de l'entrée en contact. Il consiste à aller vers les personnes qui ne fréquentent pas les structures habituelles de loisirs ou de travail. Il se réalise à travers l'établissement de relations avec les usagers sur le territoire qu'ils ont choisi comme lieu prépondérant à leur expression. Ce mode d'intervention qui s'exerce dans la rue, au bénéfice de populations marginalisées ou fortement déstructurées, oblige à proposer des accompagnements souples, peu contraignants pour l'utilisateur.

La légitimité d'une présence éducative ne peut résulter que d'un capital constitué d'approches progressives faites de disponibilité et d'écoute. Mais aller vers l'autre ce n'est pas dire ou faire n'importe quoi au nom d'une obligation professionnelle d'entrer en relation avec des personnes qui, dans la représentation collective ou au travers des médias, sont réputées peu accessibles. En tant que directeur je tiens à ce que des règles soient établies pour ce type de travail qui peut faire l'objet dans son application d'un flou artistique lui ôtant sa crédibilité.

- Ce travail doit s'effectuer par équipe de deux salariés afin d'éviter qu'une personne ne s'enferme dans une relation duelle avec le milieu. Chacun devient le garant de l'autre par rapport à ce risque et apporte un retour sur les observations et les propos de chacun effectués lors des contacts de rue,
- la constitution des équipes se renouvelle par le jeu des plannings pour permettre à tous de bénéficier des savoirs de chacun et éviter un enfermement lié aux habitudes qui s'installent la plupart du temps, et peuvent être à l'origine de conflits plus ou moins exprimés,
- un cahier de jour est obligatoirement tenu par chaque éducateur, il constitue l'une des bases des évaluations établies par le service à travers des critères préalablement définis.

Dans le cadre du travail de rue, le droit des usagers d'adhérer ou non à nos propositions prend toute sa signification, au risque de perdre pour un temps (parfois pour toujours) le contact, et voir suspendue toute possibilité d'accompagnement.

Il ne s'agit pas pour autant de se cantonner à un rôle passif. Tout se fait dans la conscience du rôle, de la place que l'on occupe sur le territoire et des objectifs que l'on poursuit.

C'est au fil du temps, sur la base d'une relation de confiance, renforcée par un capital constitué <<de disponibilité et d'écoute >> que doivent s'établir des règles plus proches de celles habituellement acceptées par la plupart des personnes. Cette logique s'affirme avec plus de constance lorsqu'il s'agit de toxicomanes.

C'est dans ce cadre qu'un certain nombre de tâches doivent être effectuées par l'équipe éducative qui doit :

- recenser des informations, sur des critères préalablement définis, devant permettre d'évaluer sur des bases précises le phénomène de toxicomanie dans tous ses développements,
- établir une relation de confiance avec les usagers et constituer ainsi les bases d'un possible accompagnement socio-éducatif,
- se mettre à l'écoute des situations de détresse vécues par des personnes qui ne font pas ou plus de démarches d'assistance,
- aider les toxicomanes à résoudre leurs problèmes dans le domaine du logement et de la santé et les informer des dispositifs de soins existants,
- favoriser l'intervention des équipes médicales en cas d'urgence et mettre en place des processus de médiation entre les habitants et les toxicomanes lors des situations de crise.

4.3.2. La constitution d'un groupe

La plupart des toxicomanes avec lesquels nous sommes en relation ont une perception ambivalente de leur lieu de vie. Ils usent dans leurs propos de qualificatifs qui dénotent un rejet total de leur environnement et des conditions de vie qu'il impose, mais ils sont cependant peu nombreux à accepter de quitter le quartier. Partir en post-cure signifie pour le sujet toxicomane la perte de la relation qu'il entretient avec son produit. C'est la raison pour laquelle nous constatons qu'il trouve de nombreux motifs pour se soustraire au départ vers un séjour en centre de soins. Parfois même il disparaît de son lieu de vie habituel pour réapparaître plusieurs jours plus tard. Cependant ils nous disent que le quartier les étouffe. C'est pourquoi, ils sollicitent des éducateurs d'être pris en charge dans le cadre de << sorties extérieures >>. Cette opportunité est saisie par l'équipe éducative pour aider les toxicomanes à sortir de l'isolement. Elle constitue la seconde étape du projet qui dans le cadre d'une dynamique de groupe, obéit à plusieurs logiques :

- en situation de demandeurs, les toxicomanes sont plus enclins à accepter les obligations d'un contrat très clair : respect des membres du groupe, des horaires de départ, non consommation de substances durant les sorties,
- le groupe constitue provisoirement un système de substitution à celui subi par les toxicomanes dans le cadre de leur environnement,
- ces sorties permettent aux toxicomanes de prendre contact avec l'extérieur pendant des temps où la recherche de leur produit n'entre pas en concurrence avec << leur démarche pour s'en sortir >>,
- le groupe s'inscrit dans un vécu commun sur lequel l'équipe éducative peut rebondir.

Dans le cadre de cette seconde étape, l'équipe éducative fonctionne à ma demande sur les mêmes règles que celles utilisées par l'association dans le cadre de ses activités éducatives. Je considère en effet que pour éviter tout processus de stigmatisation externe, déjà encouragé par la constitution de groupes spécifiques, l'une des solutions consiste à établir une égalité de traitement entre les usagers. Les sorties extérieures ont ainsi un fonctionnement qui comprend quatre axes :

- réunion préalable avec les usagers pour déterminer la sortie et les tâches à effectuer par chacun,
- détermination des besoins et des règles communes,
- élaboration d'un contrat de groupe et signature des participants,
- évaluation de la sortie au retour avec les participants.

Dans le cadre des activités de l'association et en fonction des usagers pris en charge, l'exposé de ces axes est fait différemment. Le vocabulaire utilisé, les lieux de réunions et les motifs évoqués pour appliquer cette façon de faire ne peuvent être en effet les mêmes lorsqu'il s'agit d'autres publics (enfants, adolescents délinquants, familles). Le résultat doit cependant permettre à tous d'exprimer des capacités à élaborer et réaliser collectivement des projets.

4.3.3. Le travail de réseau

L'objectif d'un travail de réseau est de créer des interactions dynamiques entre différentes personnes pour apporter une aide concrète aux individus à travers des liens établis.

Dans un cadre socio-éducatif, l'objectif recherché est de :

- relier les usagers aux personnes les plus aptes à les aider à résoudre leurs difficultés,
- de développer des capacités de réponses rapides, souples et appropriées.

La nécessité d'un travail de réseau s'exprime dès la première étape du projet pour l'aide à la résolution des difficultés exposées par les toxicomanes. Lors des autres étapes, les occasions de faire s'exprimer les usagers, de les mettre en situation nouvelle sont plus nombreuses. C'est pourquoi le travail de réseau intervient de façon plus importante et sur des registres plus nombreux.

A l'origine, chaque membre du service disposait d'un réseau professionnel élaboré au gré de ses expériences. L'identification de ces réseaux par les chefs de service a permis de constituer un registre interne auquel chaque membre se réfère en cas de besoin. Pour éviter qu'il ne s'amenuise au fil du temps, il est régulièrement complété et tenu à jour par un chef de service.

La constitution d'un << registre-réseaux >>, sa mise à disposition, les demandes d'explication qu'il suscite entre les membres du service est bénéfique en terme de transmission de savoirs-faire. Il représente un gain de temps significatif car l'utilisation et la mobilisation d'un réseau permet d'assurer un niveau optimun de ressources pour les usagers, produit par son effet démultiplicateur. Au delà des réponses à un problème qui lui est exposé, le réseau ouvre la relation duelle entre l'utilisateur et l'éducateur. Selon Dominique BONDU cela permet << d'échapper à l'oscillation, à l'égard du jeune, entre une position de toute-puissance (le sauveur suprême) et une position d'impuissance (je ne peux rien pour toi) >>. ⁴²

4.3.4. L'élaboration d'un projet de groupe

Lorsqu'après quelques sorties et activités, on constate une régularité de la part des participants, la troisième étape du projet peut s'enclencher. Celle-ci doit amener les usagers à construire un projet collectif de << remise en forme >> dans le cadre d'un transfert. C'est un prétexte pour constituer, sur une durée de 8 ou 15 jours, un capital de vie différent de celui vécu habituellement par les toxicomanes.

Ce capital doit leur permettre d'intégrer, sur d'autres bases, des aspirations à vivre autrement.

C'est un tremplin pour les usagers qui ont accepté l'idée d'une prise en charge thérapeutique dans un cadre approprié et de préparer sa réalisation. L'élaboration d'un tel projet et sa mise en œuvre supposent que les membres qui y sont associés respectent des règles préétablies.

L'entrée dans cette étape n'est acquise, pour les participants, qu'à la suite d'une évaluation individuelle qui tient compte :

- de leur comportement lors des activités et sorties extérieures,
- de leur désir de s'engager dans un autre mode de vie,
- des problèmes restant à résoudre sur le plan santé, social, administratif ou judiciaire,
- de leur consentement et de leur capacité à s'engager dans le cadre d'un contrat éducatif préétabli.

La finalité de cette évaluation doit, en cas d'accord de l'utilisateur, donner lieu à la signature d'un contrat qui précise ses obligations et celles de l'équipe éducative. Ces contrats sont soumis à ma signature lors d'un entretien avec l'utilisateur et le représentant de cette équipe. Ce contrat comprend :

- l'obligation de se soumettre dès la préparation du projet collectif à un bilan médical réalisé par le médecin partenaire de l'association.

L'obtention d'un certificat médical d'aptitude est une condition obligatoire pour bénéficier du projet collectif. A la suite de ce bilan, l'utilisateur est en droit de repousser son entrée dans l'étape proposée. Il peut continuer néanmoins à participer aux activités de la seconde étape. S'il choisit de suivre les prescriptions médicales, l'équipe éducative se met à sa disposition pour l'accompagner dans sa démarche. L'obligation de ne pas consommer de drogues durant la période de transfert implique pour l'utilisateur qui le désire la prescription d'un médicament de substitution, le Subutex ®, avant son départ.

4.3.5. Le partenariat

Durant la période d'élaboration du projet collectif, le travail en partenariat avec d'autres structures associatives tient une place prépondérante. La dynamique créée est en effet propice à ouvrir les usagers vers des prestations complémentaires de celles dont on dispose :

- les bilans réalisés avec les usagers amènent l'équipe éducative à leur proposer des rencontres avec des intervenants disposant de compétences complémentaires aux nôtres,
- c'est au cours de cette période, et sans présager d'un quelconque résultat lié à l'influence du transfert, que l'on peut commencer à constituer avec l'utilisateur les bases de son projet individualisé. La détermination de besoins futurs écarte la notion d'urgence et ouvre celle de perspectives à mettre en oeuvre dans un cadre approprié,
- dans la logique des méthodes éducatives de l'association, le groupe effectue des petits travaux apportant quelques ressources financières qui aident à la réalisation du projet. La régularité de cette pratique oblige à la concevoir avec les partenaires en terme de convention annuelle.

Le partenariat peut donc être défini comme un rapport de complémentarité entre des parties différentes par leur nature, leurs missions, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Ce rapport mobilise des acteurs d'horizons différents et de technicités multiples dans des sphères complémentaires. Il met à jour des rapports d'interdépendance dans le cadre d'un projet commun au bénéfice de l'utilisateur. Le partenariat se fonde sur un respect et une reconnaissance mutuelle des contributions des parties impliquées. Au fil du temps, la reconnaissance des savoirs réciproques crée une transversalité des compétences qui participe à la résolution de problèmes complexes.

En tant que directeur, j'occupe dans cette perspective une place prépondérante pour :

- provoquer des rencontres entre les équipes afin de construire des projets communs,
- participer à lever les inquiétudes concernant la place de chacun et coordonner les moyens mis à disposition,
- formaliser par convention les projets et si nécessaire participer à la création d'associations relais,
- organiser des concertations régulières pour s'ouvrir aux difficultés de chacun et tracer des perspectives de soutien réciproque,
- mettre en œuvre des systèmes et des temps d'évaluation et participer à la rédaction d'un bilan annuel sur le travail effectué dans ce cadre.

La difficulté que je rencontre pour la mise en œuvre d'un travail de partenariat est essentiellement liée à la gestion des plannings horaires surchargés du personnel de l'association et de ceux de nos partenaires. Depuis plusieurs années, les dispositifs de développement sociaux des quartiers, les opérations de prévention d'été puis le contrat de ville ont permis de créer des habitudes de travail entre des personnes de compétences différentes. Ces dispositifs ont été à l'origine de nombreuses conventions de partenariat.

4.3.6. Réalisation du projet collectif

Le projet collectif conçu sous forme de séjours de 8 à 15 jours est ouvert à la majorité des usagers pour toute option concernant le lieu (dans la limite du territoire national) et celle de l'activité principale, sportive ou culturelle (dans la limite des financements obtenus). Dans la période d'expérimentation, un transfert s'est déroulé en Auvergne avec comme activité porteuse l'initiation au vol à voile à un niveau exempt de danger pour les personnes mais permettant néanmoins de découvrir de nouvelles sensations. Un autre s'est déroulé dans la Chartreuse et a permis au groupe de découvrir le ski de fond.

Les groupes sont constitués par un maximum de sept et un minimum de quatre usagers.

L'encadrement est assuré par deux éducateurs. Le nombre maximum ne peut être dépassé afin que l'équipe éducative soit réellement disponible et que les conditions de sécurité soient remplies.

Outre celles citées précédemment, des obligations incombent aux participants, notamment la prise en charge de la vie quotidienne (repas, entretien du lieu de vie et du véhicule de transport). J'exclus par avance tout projet qui relèverait d'une prise en charge hôtelière et ne permettrait pas aux usagers d'assumer collectivement ces tâches. C'est une position qui concerne l'ensemble du service pour trois raisons essentielles :

- la première est financière car aucun budget n'est illimité et les finances allouées à l'association doivent permettre d'aider un maximum de personnes,
- la seconde est pédagogique, la prise en charge de la vie quotidienne constitue un support éducatif indéniable,
- la troisième relève d'une obligation de constituer des apprentissages accessibles et susceptibles d'être réutilisés par les usagers.

Dès le début du séjour des équipes sont déterminées, pour assurer à tour de rôle la prise en charge de la vie quotidienne. Les éducateurs s'incluent dans ces groupes mais dans des rôles devant permettre la prise d'initiatives et de responsabilités par les usagers. Au cours des réunions d'évaluation journalière, les participants sont associés à la gestion du budget, à la planification des activités, et à l'élaboration des menus. Chaque participant doit prendre en charge une responsabilité, avec le soutien d'un éducateur de l'équipe.

Durant le séjour, les sorties individuelles ne sont autorisées que dans un cadre préalablement définie par l'équipe éducative.

4.3.7. Les orientations après le transfert

Elles ne peuvent faire l'objet d'une liste exhaustive car tous les cas de figures sont possibles.

Toute opportunité est bonne à suivre lorsqu'elle constitue pour l'usager un espoir réel de réaliser son projet personnel.

Un usager a saisi, pour se soustraire à la vie de quartier et à la toxicomanie, l'occasion d'un emploi agricole en Auvergne à la fin d'un séjour organisé par l'équipe éducative. Un autre, bénéficiaire du RMI, s'est installé avec sa famille dans un village de l'Allier. Il s'agit néanmoins d'exceptions... Pour la plupart, même si le transfert a des effets bénéfiques sur leur santé mentale et physique, le chemin pour se désintoxiquer reste à faire. Malgré la poursuite des accompagnements socio-éducatifs, le retour sur le quartier oblige à des combats individuels difficiles à vivre à long terme. La dynamique créée par l'élaboration et la réalisation du projet collectif ne constitue qu'un faible capital pour l'usager qui, s'estimant suffisamment fort, n'intègre pas un dispositif de soins appropriés à ses besoins. Dans le cas de rechute, l'usager qui en fait la demande peut réintégrer le processus, sans autres conditions que celles exposées dans le projet. Il ne s'agit pas pour autant de lui faire considérer le projet comme un système en boucle permettant de revenir indéfiniment au point de départ. Notre objectif est de faire prendre conscience à travers les évolutions de la personne qui en bénéficie, qu'il ne peut s'agir que d'un système en spirale. Les usagers qui le désirent peuvent, dans le cadre d'un contrat emploi solidarité, intégrer l'un de nos chantiers d'insertion. Ils préparent au même titre que les autres salariés dans le cadre de cet emploi à durée renouvelable sur deux ans et par le biais de formations successives, un projet de vie qui tente d'intégrer un futur professionnel réalisable. Le réseau d'entreprises dont nous disposons nous permet par convention de mettre en stage pratique les usagers de nos chantiers. Au cours de l'année, deux anciens toxicomanes ont bénéficié d'un emploi à durée indéterminée à la suite de ces stages. Il s'agit de cas d'exceptions. Nous savons que l'issue reste hypothétique à long terme.

En dehors des exemples précités, nombre de personnes toxicomanes se trouvent confrontées à des problèmes de justice antérieurs, pour lesquels elles ont à exécuter des peines de prison.

Quatre type de situations sont rencontrées . La peine d'intérêt général (l'association est habilitée depuis un an pour encadrer ce type de peine), les mesures de liberté conditionnelle, les mesures de liberté surveillée, la peine de prison ferme. Pour l'ensemble de ces mesures, l'association a mis en oeuvre des types de soutien qui sont pris en charge par l'ensemble des éducateurs du service. Ils permettent de continuer les actions entreprises auprès des usagers sans rompre de façon brusque leur tentative d'intégration sociale.

4.3.8. L'élaboration du projet individuel

La base de l'élaboration avec les usagers d'un projet individualisé est prédéterminée par l'objectif du projet qui est d'aider et de promouvoir l'adhésion du sujet toxicomane à un processus de soins. Tant que cette adhésion n'est pas effective nous considérons qu'aucun projet à long terme ne peut être établi car il ne serait que l'expression de l'équipe éducative. Or le futur ne lui appartient pas et elle est constamment soumise aux interprétations qu'elle fait des demandes fluctuantes du sujet toxicomane. L'expérience nous a démontré par ailleurs que la prise en compte d'une demande d'une personne toxicomane non sevrée d'intégrer l'un de nos chantiers pouvait aboutir à un recul de ses tentatives de sevrage et à une transgression des règles de non consommation de substances interdites.

C'est après les premiers contacts qu'un projet individualisé à court terme est élaboré avec l'usager à sa demande ou sur proposition de l'équipe. Ce projet prend en compte la recherche de la satisfaction des besoins vitaux de la personne et tente de remédier, par des réponses appropriées en matière de soins, de nourriture, de logement, aux urgences exprimées. Le projet est élaboré en terme de démarches à effectuer par l'usager avec l'assistance de l'équipe mais en aucun cas à la place de celui-ci.

Nous considérons en effet que, sauf en cas de danger immédiat pour la survie de la personne, l'urgence déclarée sera celle qu'elle établira pour remédier à sa situation.

Lorsque ce premier parcours a été réalisé et que l'on constate une certaine stabilité chez l'utilisateur, c'est la proposition faite au sujet toxicomane d'adhérer aux étapes du projet présenté qui donne lieu à son projet à moyen terme. C'est la relative stabilité de la personne, sa capacité à accepter les règles préétablies et à recevoir des avis sur sa situation, qui permettront à l'équipe d'envisager son inscription dans une démarche plus élaborée. La formalisation de cette inscription se fait dans le cadre d'une première réunion de synthèse où les attentes réciproques font l'objet d'un premier contrat écrit que je contre-signe. Il s'agit là d'un projet qui entérine un parcours préétabli dans lequel l'utilisateur accepte de s'intégrer.

C'est à la suite de la réalisation du projet collectif, lorsqu'un progrès certain a été constaté notamment dans la prise en charge par l'utilisateur de son traitement de substitution, qu'une proposition de réunion de synthèse lui est à nouveau proposée. Elle doit permettre à la personne toxicomane, assistée des intervenants extérieurs de son choix, de l'équipe éducative, du chef de service et de moi-même, d'évaluer le chemin qu'il lui reste à parcourir au regard des souhaits qu'elle exprime.

Lors de cette réunion on distingue ce qui a été réalisé de ce qu'il reste à mettre en place, tant à l'interne qu'à l'externe, afin d'élaborer avec l'utilisateur un programme d'actions pour les mois futurs. L'utilisateur est totalement libre d'adhérer ou non aux propositions qui lui sont faites. En cas de refus de sa part de l'aide que nous lui proposons, nous lui signalons simplement que nous restons à sa disposition pour le cas où il changerait d'avis. En cas d'accord, le programme donne lieu à un contrat qui détermine l'engagement réciproque des acteurs. Celui-ci est assorti d'un échéancier et d'un système d'évaluation qui est élaboré à partir de critères proposés par l'utilisateur et les intervenants. Dans le cadre du projet personnalisé, les utilisateurs choisissent parmi l'ensemble du personnel du service le référent qui sera chargé de les aider à concrétiser le parcours élaboré lors de ces réunions de synthèse.

4.4. Le comité consultatif

Des avis extérieurs apportent le recul nécessaire pour éviter l'enfermement et le repli dans des procédures routinières. Ils obligent, par les interrogations qu'ils suscitent, à préciser sans cesse la portée et le contenu des opérations effectuées. C'est en ce sens que j'ai constitué un comité consultatif auquel chaque semestre, je soumetts les évaluations faites en cours de projet et les perspectives qui s'en dégagent.

Ce comité consultatif est constitué de personnalités extérieures et internes à l'association. A titre d'exemple je peux nommer : le directeur d'un centre de formation de l'éducation nationale, une directrice d'école, les représentants du comité de probation du palais de justice, un conseiller général, un directeur de foyer de semi-liberté, le président de l'association Toxenville, des éducateurs retraités de l'association, le président des HLM, le psychiatre de l'association Castor. Ces personnes ont été sollicitées en raison de leur implication régulière dans la vie de l'association.

L'équipe toxico-rue et les chefs de service participent à ces réunions. Les usagers qui ont franchi la troisième étape du projet sont sollicités pour assister, donner leur avis sur les procédures appliquées et, avec l'appui de l'équipe éducative, exposer leur projet collectif. Au retour du transfert, le comité consultatif se réunit pour évoquer avec les usagers leur séjour et en faire l'évaluation. Cette réunion donne l'occasion de visualiser une cassette vidéo qui témoigne des grands moments vécus par le groupe.

Cette instance participe au questionnement des pratiques de l'équipe toxico-rue et à celles de l'association. A travers cette proposition de transparence, j'ai constaté que l'engagement des acteurs sollicités participait à la connaissance externe du projet et à sa promotion.

J'ai constaté que ces réunions, animées de manière conviviale, participaient à construire des modes de relations bénéfiques pour les usagers. Ils trouvent dans le cadre de ces réunions un soutien qu'ils jugent inhabituel du fait de la représentation sociale qu'ils ont des membres de ce comité envers lesquels ils éprouvent parfois des sentiments de méfiance. Ces réunions contribuent à diminuer les incompréhensions, par une information directe des rôles et statuts professionnels des personnes invitées. Le comité consultatif participe aussi à l'octroi de gratifications symboliques aux usagers lors de la présentation de leur projet collectif. Ce type de relation constitue pour certains d'entre eux un support conséquent pour l'émergence d'une image positive d'eux mêmes.

En tant que directeur, je considère que l'utilisation d'un comité consultatif où la présence des usagers est jugée indispensable, participe à la mise en avant des droits et des obligations de chacun. Pour les usagers, ces expériences constituent un apprentissage de la citoyenneté non négligeable. A travers l'avis qu'ils donnent sur le fonctionnement du projet, c'est une reconnaissance de l'existence d'autrui. Ils affirment en cela un engagement possible dans la vie de la communauté. Cette obligation de transparence place l'association et ses membres dans le souci constant du respect de l'utilisateur et l'oblige à faire évoluer ses méthodes. Les personnalités invitées sont les tiers garants de l'expression des usagers et le recul dont elles disposent participe pleinement à la dynamique du projet.

CONCLUSION

A travers ce mémoire, j'ai tenté de faire partager certaines de mes convictions. La première concerne l'évolution, l'ampleur et la persistance du phénomène de toxicomanie qui introduit sur certains lieux des problématiques nouvelles extrêmement préoccupantes pour le devenir des populations qui les subissent. L'enfermement du sujet toxicomane et de son environnement dans des systèmes de souffrance se conjugue sur certains territoires avec la perte de régulation citoyenne et l'émergence de systèmes délinquants que s'approprie une jeunesse en mal de socialisation et d'intégration. Cet ensemble de faits constitue autant de problématiques, sous-tendues par le phénomène de toxicomanie, dont il est difficile de percevoir les effets à long terme et pour lesquels il est de notre devoir de faire des propositions, pour tenter de les résoudre.

La seconde conviction qui m'anime parmi d'autres est que la prise en compte de toutes les problématiques, et des interactions qui les complexifient, oblige à une modestie de tous les instants dans leur appréhension et dans leur perspective de résolution.

C'est pourquoi, confronté à des situations envers lesquelles il ne peut se montrer indifférent, le service de prévention spécialisée que je dirige ne peut prétendre les aborder seul. Cela amène le service à faire des propositions multiples qui doivent intégrer à l'évidence toutes les forces disponibles internes et externes pour tenter d'apporter des réponses appropriées. Cette position s'affirme de façon indéniable à travers les problématiques liées au phénomène de toxicomanie.

En effet l'obligation de travailler en partenariat et en réseau s'impose de façon évidente par l'absence de vérités et de solutions absolues dans ce domaine de recherche et d'intervention. Ce qui semble fondé pour les uns est dénié par les autres. Ainsi, en matière de sortie de toxicomanie, rien n'autorise à tracer pour les sujets toxicomanes des trajectoires généralisables.

Comme le souligne R CASTEL : << Personne n'a la maîtrise de l'ensemble des processus qui

constituent le problème social de la toxicomanie, ce qui veut dire ainsi que tout le monde devrait être modeste et accepter de collaborer avec presque tout le monde >>.

L'élaboration et la mise en oeuvre du projet présenté m'a permis de confirmer que le service n'avait pas la vocation à réaliser des procédures curatives en matière de toxicomanie. En l'espèce sa vocation essentielle est d'aider les personnes toxicomanes à bénéficier des prestations ouvertes à tout citoyen, et ainsi aux compétences de partenaires multiples. Cette évidence s'exprime pour l'ensemble des problématiques que nous mettons en avant au sein du service. Mais loin de restreindre les capacités d'intervention du service et de lui retirer toute ambition socio-éducative, ce constat constitue un véritable tremplin vers un travail de qualité, conforme aux textes qui régissent la prévention spécialisée. Dans cette optique, le service, à travers chacun de ses représentants doit être en capacité d'accepter la parole de l'autre comme condition irréfragable d'un travail socio - éducatif de qualité.

Cette situation m'a amené dans ma fonction de direction à faire prendre conscience de cet état de fait aux équipes du service, pour impulser le maximum d'ouvertures vers l'extérieur comme condition essentielle à un travail de qualité. C'est dans le cadre de cette option que j'ai recherché avec l'aide de partenaires extérieurs les moyens pour redéfinir les interventions du service toxico-rue. Mis en situation de capter toutes les ressources disponibles tant à l'interne qu'à l'externe, j'ai dû, en tant que directeur, mettre en place un processus de changement devant permettre aux salariés du service de trouver de nouvelles marques, pour s'ouvrir vers un positionnement nouveau compatible avec les objectifs du projet.

Mais le résultat de ce travail ne peut constituer un produit fini, l'objet recherché étant une meilleure prise en compte de l'usager dans sa difficulté à bénéficier des droits acquis à tous citoyen, et l'amélioration des prestations du service dans les réponses qu'il propose.

La mise en oeuvre de procédures évaluatives ne constitue ainsi que des étapes, préalables à des travaux, qui se révèlent sans fin. Le travail en partenariat, même acquis depuis plusieurs années sur de nombreux terrains d'interventions, nécessite toujours un questionnement et des évaluations constantes sur l'affinement des pratiques tant individuelles que collectives, et oblige à se soucier de façon permanente de la formation des personnes et des groupes.

Le projet présenté est en passe d'être appliqué sur d'autres quartiers. De nouveaux questionnements apparaissent sur notamment la capacité du service à élaborer et mettre en place des processus de formations pour le personnel nouvellement recruté dans cette optique. La recherche de nouveaux partenaires financiers est indispensable pour le développement de ce projet sur de nouveaux lieux.

Il semble toutefois que le questionnement fondamental reste entier : Quel avenir pour ces générations qui malgré de nombreux efforts s'enferment en autant de vagues successives dans le monde de la toxicomanie ? La rupture avec ce système constitue un objectif pour lequel beaucoup reste à élaborer et à mettre en oeuvre. La polytoxicomanie juvénile que l'on constate de plus en plus sur nos lieux d'interventions mobilise dorénavant l'équipe et nos partenaires pour mettre en oeuvre des projets adaptés à cette nouvelle problématique.

BIBLIOGRAPHIE

I - Livres lus ou consultés

- AEBISCHER Verena , OBERLE Dominique** , *Le groupe en psychologie sociale* , Editions Dunod - Janvier 1991.
- AFCHAIN Jean** , *Les associations d'action sociale: outils d'analyse et d'intervention* , Editions DUNOD - Octobre 1997.
- Auteur ANONYME** . *Les rêveries du toxicomane solitaire* . Editions Allia -1997.
- BACHMAN Christian, COPPEL Anne** , *Le dragon domestique* . Editions Albin Michel -Mai 1989.
- BISIOU Yann** , *le cadre légal in La demande sociale de drogues* **MIGNON Albert, OGIEN Patrick** Editions LA Documentation Française - 1994.
- BEGAG Azouz, DELORME Christian** , *Quartiers sensibles* , Editions du Seuil -Mai 1994.
- BONDU Dominique** , *Nouvelles pratiques de médiation sociale : jeunes en difficultés et travailleurs sociaux* . Editions E S F - Février 1998.
- CROZZIER Michel, FRIEDBERG Erhard** , *L'acteur et le système* , Editions du Seuil 1981
- CASTEL Robert** , *Les sorties de la toxicomanie* , Editions Grass-Mire 1992.
- COMMAILLE Jacques** , *les nouveaux enjeux de la question sociale* , Editions Hachette - Mai 1997.
- DESIGAUX Jacques , SEFFAHI Mohammed** , *La ville à l'épreuve des quartiers* , Arafdes , Editions E N S P -1997.
- DUBET François LAPEYRONNIE Didier** . *Les quartiers d'exil* , Editions du Seuil- 1992.
- DOLL Paul-Julien** , *La lutte contre la toxicomanie* . Editions Bordas - 1972.
- DOBIECKI Bernard** , *Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui : valoriser les ressources humaines* Editions E S F - Février 1998.
- FONTAA V - SENNINGER J. L.** , *Le médecin et le toxicomane* . Guide pratique . Editions heure de France -Mars 1997.
- FRIEDBERG Erhard** , *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée* . Editions Seuil - Avril 1993.
- GEISMAR -WIEVORKA Sylvie** , *Les Toxicomanes ne sont pas tous incurables* . Editions du Seuil - janvier 1998.
- GEISMAR - WIEVORKA Sylvie** , *Les Toxicomanes* . Editions du Seuil -Mars 1995 .
- GEISMAR -WIEVIORKA Sylvie** , **GUIONNET Claude** , **GUIS Gilles** , *La méthadone* , collection Que sais je , Presses Universitaires de France , Février 1997.
- GERVAIS Yves** , *La prévention des toxicomanes chez les adolescents* . Editions L'Harmattan -Décembre 1994.
- GUILLOU Jacques** , *Les jeunes sans domicile fixe et la rue* . Editions logiques sociales - Mars 1998.
- JANVIER Roland** , **MATHO Yves** , *Mettre en oeuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale* , Contexte, pratiques, enjeux . Editions DUNOD - Août 1999

LOUBAT Jean -René ,*Elaborer son projet d'établissement social et médico social ,contexte , méthodes ,outils* , Editions **DUNOD** - Novembre 1997.

MINO Annie , *Les nouvelles politiques de la drogue in La psychiatrie de l'enfant .vol xxxv*, Presses Universitaires de France 1995.

MAISONNEUVE Jean ,*Introduction à la psychosociologie* , Presses Universitaires de France -Novembre 1989.

MONDOLFO Philip,*Repenser l'action sociale: missions, moyens, méthodes.* Editions **DUNOD** - Février 1998

MOREAU de BELLAING Louis, GUILLOU Jacques, *les sans domicile fixe : Un phénomène d'errance*, Editions **L'HARMATTAN** - Mars 1996

MIRAMON Jean - Marie,*Manager le changement.* Editions **E N S P** -

OLIEVENSTEIN Claude , *La drogue ou la vie* .Editions **Robert Laffont** 1984 .

OLIEVENSTEIN Claude ,*Il n'y a pas de drogués heureux.* Editions **Robert Laffont** - 1977 .

OLIEVENSTEIN Claude ,*Destin du toxicomane.* Editions **Fayard** -Avril 1983.

OUGHOURLIAN Jean Michel ,*La personne du toxicomane.* .Editions **Privat** - septembre 1986.

PADIEU René,*La politique peut elle soigner les toxicomanes in Comment soigner les toxicomanes.* **INSTITUT de RECHERCHES SPECIALISEES** .Editions **L'Harmattan** -Décembre1997.

PANDOLFO Alain,*Faire Symptôme in comment soigner les toxicomanes.***INSTITUT de RECHERCHES SPECIALISEES** Editions **L'Harmattan**-Décembre1997.

RICHARD Denis ,*Les drogues* ,Editions **Flammarion** - Mars 1996.

ROCHE Sebastian ,*Sociologie politique de l'insécurité ,Violences urbaines ,inégalités et globalisation* , collection **sociologie d'aujourd'hui** ,Presses Universitaires de France - Janvier 1998.

ROJOT Jacques , **BERGMAN Alexander**, *Comportement et organisation :Comportement organisationnel et théorie des organisations.* Editions **VUIBERT** - Avril 1989 .

SAINSAULIEU Renaud, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Editions **DALLOZ** Presses de la fondation nationale des sciences politiques -Avril 1991.

THEVENET Amédée, *Créer, gérer, contrôler : un équipement social ou médico social*, Editions **E S F** - Avril 1996.

VEDELAGO François, *La carrière sociale du toxicomane in La demande sociale de drogue* **OGIEN Albert, MIGNON Patrick** Editions **La Documentation Française**- 1994.

WATZLAWICK Paul , **WEAKLAND John** , **FISCH Richard** , *Changements Paradoxes et psychothérapie* ,Editions **du Seuil** -1975.

WATZLAWICK Paul , *Le langage du changement ,éléments de communication thérapeutique* ,Editions **du Seuil** - Novembre 1986.

II -Dossiers -Etudes - Articles

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE *Les traitements de substitution*, **Dominique DE GALLARD**. n°16. **Septembre 1996.**

AUTREMENT- REVUE, *Anthropos*. **PERRIN Michel**. *Substance blanche ,matière grise :Entretiens avec le Professeur LEMAGNEN* N°106 .Avril 1989.

AUTREMENT -REVUE, *E Pericoloso sporgersi* **REYNAUD Michel**. N°106. **Avril 1989.**

LA DOCUMENTATION FRANCAISE, *Drogues et toxicomanies :Tendances 1989-1994* **COSTES J. M** . *L'injonction thérapeutique* **RABORD Murielle**.*Les données statistiques de la toxicomanie dans le système sanitaire*, **ANTOINE Delphine,VIGUIER Delphine**. *Echanges. Santé-social*, N° 81.**Toxicomanie. Mars 1996**

L'EVENEMENT DU JEUDI . *Haschisch l'hypocrisie Française* .N° 685 **Décembre 1997.**

FEMME ACTUELLE. *Faut-il avoir recours aux psycho-stimulants*. **BOLLEN LISA**. N° 683. **Novembre 1997.**

INTERVENTIONS . *Destin de la toxicomanie* .**M TIBON-CORNILLOT**.N°50. **Juillet 1995**

INTERVENTIONS . *Au risque d'une réduction* .**C SIBONY. J-P MONTALATI . J-J RASSIAL** N°50 .**Juillet 1995.**

LE JOURNAL DU SIDA *choisir le bon produit de substitution*.**Mathieu VERBOUD** N° 95 / 96. **Avril- Mai 1997.**

LABORATOIRES SCHERING-PLOUGH . *Subutex pourquoi* .**SCHERING-PLOUGH** 1996

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN . **1er décembre 1994**

Mémoire CAFDES **LEPRETRE Christian** , *La prise en charge du toxicomane en milieu judiciaire.Projet d'alternative à l'incarcération*. **ENSP 1996.**

MARIANNE, *Stars et drogue:L'overdose d'hypocrisie* **BOGGIO Philippe**. N°39 **Semaine du 19 au 25 janvier 1998.**

SCIENCES et SANTE *Drogues et toxicomanes*. **Editions A .C.P. Hors -Séries N° 7 ,1998.**