

**ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CAFDES – 2001**

**AERFTES - STRASBOURG**

**USAGE, ABUS, DEPENDANCE : VERS UN DISPOSITIF COORDONNE**

**POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PROBLEMES DE**

**TOXICOMANIES**

**POISSON DENIS**

**LISTE DES SIGLES**

**5**

**INTRODUCTION GENERALE 6**

**PREMIERE PARTIE.....8**

**« LE DISPOSITIF FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LEURS ÉVOLUTIONS » .....8**

**INTRODUCTION A LA PREMIERE PARTIE 9**

**CHAPITRE I 10**

**UN CADRE JURIDIQUE COMME FONDEMENT DU DISPOSITIF**

**SPÉCIALISÉ 10**

1) <i>Quelques caractéristiques de la Loi du 31/12/70</i> .....	10
2) <i>Une loi fidèle aux engagements internationaux</i> .....	12
3) <i>Le contexte européen</i> .....	13
4) <i>Conclusion</i> .....	15

**CHAPITRE II 17**

**LE DISPOSITIF FRANÇAIS : CONSTITUTION ET MUTATIONS 17**

1) <i>Rappel de l'organisation à partir de la loi n° 70-1320 du 31/12/70</i> .....	17
1-1) <i>Une organisation linéaire</i> .....	17
1-2) <i>Le modèle psychanalytique</i> .....	19
1-3) <i>L'arrivée du sida</i> .....	21
2) <i>D'un modèle de prise en charge à un autre : le concept de réduction des risques</i> .....	23
2-1) <i>Définition</i> .....	23
2-2) <i>Le risque d'un effet de balancier</i> .....	24
2-3) <i>L'irruption de l'action humanitaire</i> .....	25
3) <i>L'impact d'une politique de santé publique</i> .....	26
3-1) <i>Une nouveauté en France</i> .....	26
3-2) <i>Un alignement européen et international</i> .....	27
3-3) <i>Une approche plus globale des substances psychoactives</i> .....	28
3-4) <i>Une segmentation plus comportementale : usage, abus et dépendance</i> .....	28

**CHAPITRE III 29**

**LE CADRE ADMINISTRATIF ET POLITIQUE 29**

1) <i>Le cadre constitué par la loi de 70</i> .....	29
1-1) <i>Une organisation centralisée</i> .....	29
1-2) <i>Un financement parcimonieux et une absence de contrôle</i> .....	30
2) <i>Un tournant dans la politique des soins : le décret de 1992</i> .....	31
2-1) <i>Déconventionnements</i> .....	31
2-2) <i>Recentrage sur le soin et restructuration</i> .....	32
2-3) <i>Réduction des risques</i> .....	32
3) <i>Un dispositif particulier : la MILDT</i> .....	33
3-1) <i>Un parcours chaotique</i> .....	33
3-2) <i>Une volonté nouvelle affirmée à l'appui d'un programme politique</i> .....	34
4) <i>Conclusion</i> .....	36

**CHAPITRE IV 37**

**LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ EN MOSELLE ET AU CMSEA 37**

1) <i>En Moselle</i> .....	37
1-1) <i>Organisation administrative des services de l'Etat</i> .....	37
1-2) <i>Accueil et soins</i> .....	38
1-3) <i>Hébergement spécialisé</i> .....	39
1-4) <i>Prévention</i> .....	39

<i>1-5) Autres services</i> .....	40
<i>2) Au Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA)</i> .....	42
<i>2-1) Le Service Ecoute Accueil Echange (S.E.A.E.)</i> .....	42
<i>2-2) Le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes « Porte des Allemands »</i> .....	43
<i>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE</i> .....	45

DEUXIEME PARTIE.....	46
----------------------	----

« LE DISPOSITIF COORDONNÉ D'INTERVENTIONS EN TOXICOMANIES SUR LA MOSELLE-EST » .....	46
--	----

## **INTRODUCTION A LA DEUXIEME PARTIE 47**

### **CHAPITRE I 49**

## **UN PROJET INNOVANT D'INTERVENTION SOCIALE AUTOUR D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DES QUESTIONS DE TOXICOMANIES 49**

1) Une dynamique d'innovation.....	49
2) Description de l'intervention .....	51
3) Partenariats, coopérations et réseaux .....	54
3-1) Partenariat.....	54
3-2) Coopération .....	54
3-3) Réseaux.....	55
4) Participation des usagers.....	56
4-1) Quelques appuis théoriques .....	56
4-2) Axe 1 « Usages » .....	57
4-3) Axe 2 « Abus » .....	58
4-4) Axe 3 « Dépendances » .....	58
5) Evaluation.....	59

### **CHAPITRE II 62**

## **DÉVELOPPEMENT D'UN PROJET DE SERVICE 62**

1) Etude de population .....	62
1-1) Axe1 « Usages » .....	62
1-2) Axe 2 « Abus » .....	63
1-3) Axe 3 « Dépendances » .....	63
2) Quelques éléments d'histoire.....	64
3) Organisation du Dispositif Coordonné.....	67
3-1) Le Groupe Technique.....	67
3-2) Niveaux d'organisation.....	68
3-3) Coordination .....	68
4) Analyse critique .....	70

### **CHAPITRE III 72**

## **GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 72**

1) Gestion des personnels .....	72
2) Recherche de qualité et organisation du travail .....	73
2-1) L'inscription de la démarche dans un contexte.....	73
2-2) Dans chaque axe d'intervention .....	74
2-3) Dans la transversalité .....	76
2-4) Dans une configuration globale.....	76
3) Les enjeux du procédé.....	78

## **CONCLUSION GENERALE 80**

### **BIBLIOGRAPHIE 82**

### **LISTE DES ANNEXES 84**

## Liste des sigles

APPRE :	Actions et Projets de Prévention - Recensement
ASUD :	Auto-Support des Usagers de Drogues
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CMSEA :	Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes
CAST :	Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes
CEL :	Contrat Educatif Local
C.H.S. :	Centre Hospitalier Spécialisé
CIM 10 :	Classification Internationale des Maladies, 10 <sup>e</sup> édition, OMS
CLS :	Contrat Local de Sécurité
CROSS :	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSST :	Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes
CSSTH :	Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement
D.A.S. :	Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.S. :	Direction Générale de la Santé du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSM IV :	Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 <sup>e</sup> édition
DSTS :	Diplôme Supérieur du Travail Social
EDDRA :	Exchange on Drug Demand Reduction Action database
EuroAST :	Réseau Européen d'Aide et de Soutien aux Toxicomanes
F.E.T.E. :	Formations Etudes Toxicomanies Est
GEERMM :	Groupe Européen d'Echange Rhin-Meuse-Moselle
I.L.S. :	Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
I.P.M. :	Intersecteur des Pharmacodépendances de Moselle
MDMA :	Méthyle-Dioxy-Métamphétamine, plus connu sous le nom « Ecstasy »
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
OEDT :	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAEJ :	Point Accueil Ecoute Jeunes
PAEJEP :	Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents
PECO :	Pays d'Europe Centrale et Orientale
PNUCID :	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
REITOX :	Réseau Européen d'Information sur la TOXicomanie
SEMN :	Service d'Education en Milieu Naturel (prévention spécialisée) du CMSEA
TREND :	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues (programme OFDT)

## **INTRODUCTION GENERALE**

L'intervention en toxicomanie est un champ complexe, au regard des multiples déterminants (sociaux, familiaux, judiciaires, sanitaires, économiques, etc.), qui la traversent. Elle n'est pas non plus, bien entendu, exempte de dimensions politiques et d'enjeux structurels, ne serait-ce que dans la configuration même des dispositifs et de la réglementation. L'évolution et les mutations de ces politiques, comme d'ailleurs dans l'ensemble du champ social, produisent des changements de pratiques, tout autant que l'apparition de nouveaux acteurs, et ceci aussi bien au niveau de la conduite de projets (chargés de mission, directeurs de projets, etc.) que dans la mise en œuvre de ces pratiques sur le terrain (emplois-jeunes par exemple).

Il est alors possible, on le constate malheureusement trop souvent, de subir ces mutations au risque de payer le prix fort. Il est possible aussi de se donner les moyens de les analyser et de les anticiper pour proposer de nouvelles formes d'actions qui défendent la préservation des acquis en matière de savoirs et d'expérience, pour les mettre autrement à disposition de ceux qui en ont besoin, y compris en intégrant ces derniers à la démarche.

Sans doute la fonction du directeur occupe-t-elle une place centrale dans une telle dynamique, du moins s'il a ou s'il se donne les moyens de mobiliser ses équipes dans ce sens. La transparence et une circulation correcte de l'information sont certainement des moyens privilégiés pour que chacun, à tous les niveaux de l'action, prenne la juste mesure de ces enjeux.

C'est cet état d'esprit que je souhaite inscrire au cœur de ma proposition de mise en œuvre d'un Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur un secteur géographique du département de la Moselle. Ce projet vise la mobilisation des savoirs et compétences spécialisés de mon association, le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes, pour les mettre à l'épreuve d'une approche plus globale des questions de toxicomanies, y compris en interaction avec l'environnement local.

La responsabilité de conduire un tel projet me conduira à consacrer la première partie de ce mémoire à une analyse approfondie des évolutions et mutations à l'œuvre dans le domaine des toxicomanies, de l'international au local. Il ne s'agira pas de faire étalage de connaissances, mais bien de situer un champ d'intervention particulier, depuis longtemps

traversé par des enjeux politiques importants et dépassant souvent la compétence des Etats, mais avec une influence non négligeable sur leur pouvoir décisionnel et par conséquent sur le travail des acteurs de terrain.

Ma mission associative de coordinateur, chargé de mettre en œuvre un «Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies » sur un secteur déterminé du département de la Moselle s'apparente, dans les faits, à une fonction de direction. C'est en ce sens que la seconde partie sera consacrée à présenter un projet d'intervention sociale et de service qui tentera d'articuler les données techniques, environnementales et managériales indispensables à la réussite d'une telle entreprise.

Mais la configuration particulière de ce Dispositif (en l'occurrence l'absence d'un établissement autonome à créer ou restructurer) et de ma mission (qui renvoie plus, actuellement, à de l'ingénierie qu'à une direction effective), me conduiront à assortir cette présentation d'une analyse critique de cette démarche interne à l'institution et des propositions qu'il me semble utile de mettre à l'étude.

La priorité du projet étant une évolution, à l'intérieur de l'association seulement, des méthodes de travail dans les établissements spécialisés en toxicomanie, on ne s'étonnera pas si je n'aborde pas directement et concrètement la perspective du regroupement avec les secteurs spécialisés dans l'alcoolisme et le tabagisme, qui justifierait une étude à part entière.

## **PREMIERE PARTIE**

**« Le dispositif français de lutte contre la toxicomanie : les politiques publiques et leurs évolutions »**



## **INTRODUCTION A LA PREMIERE PARTIE**

Un établissement ou service social ou médico-social ne se construit pas de manière arbitraire, *ex nihilo* et en ne s'appuyant sur aucune donnée objective ou subjective, au même titre d'ailleurs que n'importe quelle institution.

Bien au contraire, toute construction de ce type se fonde sur des bases historiques, politiques, culturelles, économiques dans de nombreux cas et s'élabore dans un environnement particulier : un *micro-environnement* au sens d'un contexte localisé et d'enjeux de proximité, un *macro-environnement* au sens d'un contexte élargi à des enjeux plus généraux, nationaux voire supranationaux.

Par effet de réciprocité, si ces fondements agissent de façon directe ou indirecte sur ces constructions, ces dernières sont elles-mêmes génératrices de changements, d'évolutions, et il convient d'observer attentivement ces deux facettes pour prendre la juste mesure des marges de manœuvre disponibles et de leurs limites.

Il en va de même pour les politiques publiques, dont les déterminations fondatrices et les évolutions successives peuvent être analysées à l'aune des événements et des influences internes et externes à la nation.

Tenir compte de ces éléments est une responsabilité majeure dans une fonction de direction, tant en amont, dans une analyse et une traduction pertinente des politiques publiques, qu'en aval, dans une observation fine des populations et de leurs besoins et, plus encore, dans une réflexion prospective sur les conséquences pratiques à court, moyen et long terme.

C'est pourquoi la première partie de ce mémoire sera consacrée à une observation et une analyse du cadre général dans lequel s'inscrit le dispositif français et ses (r)évolutions en matière de lutte contre la toxicomanie, sous un aspect juridique, mais également organisationnel, administratif et politique.

Je terminerai par une description de l'environnement spécifique de mon projet, dans le département de la Moselle, et la place qu'occupe dans cet environnement mon association gestionnaire, le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes, le CMSEA.

## Chapitre I

### Un cadre juridique comme fondement du dispositif spécialisé

#### 1) Quelques caractéristiques de la Loi du 31/12/70

Le dispositif spécialisé de lutte contre les toxicomanies s'est constitué dans le cadre de la Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, inscrite dans le Code de la Santé Publique (Titre VI, art. L.627 et suivants), de ses aménagements ultérieurs (Lois du 17/01/1986 et du 31/12/1987) et de la criminalisation des organisations de type « mafieux » à l'occasion de la refonte du Code Pénal entré en vigueur le 01/03/1994. Considérée comme un fléau national, la toxicomanie relève donc d'une compétence d'Etat, et le dispositif a été décliné à partir d'une vision relativement linéaire de la trajectoire du toxicomane : prévention, accueil, prise en charge sanitaire et sociale, postcure et réinsertion.

Le caractère prohibitionniste de cette loi est ancré dans la pénalisation systématique du trafic, seuls les usagers dits « simples » pouvant bénéficier d'alternatives aux poursuites judiciaires. On voit déjà ici une première difficulté dans cette différence de principe entre usage et trafic, sachant que la plupart des toxicomanes, pour faire face à leur besoin, se livrent à un trafic plus ou moins modéré<sup>1</sup> et sont considérés comme « usagers-revendeurs », la priorité d'infraction (usage ou revente) étant alors laissée à l'appréciation de la juridiction compétente<sup>2</sup>. La sévérité de la répression se juge également à partir de procédures dérogatoires au droit commun, telles que la perquisition autorisée 24 heures sur 24, le doublement de la durée légale de garde à vue (et accessoirement la mise à l'écart des amnisties traditionnelles), analogues à celles prévues pour la lutte contre le terrorisme.

Au-delà de cette question du trafic, on peut dire que la particularité majeure de cette Loi, et sans doute son originalité, est de considérer le toxicomane soit comme un délinquant (coupable), soit comme un malade (victime) : l'injonction thérapeutique propose au toxicomane, en amont de la procédure, une alternative entre un engagement dans le soin ou des poursuites pénales, alors que l'obligation de soin est une sanction pénale prononcée par le

---

<sup>1</sup> A défaut de commettre des actes de délinquance caractérisée, qui qualifient différemment l'infraction et qui conduisent régulièrement des toxicomanes en prison, sans qu'une prise en charge sanitaire soit diligentée, ce qui est le cas pour les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants (I.L.S.).

<sup>2</sup> On sait bien, dans l'observation du prononcé des peines, au regard du nombre d'affaires à traiter et de l'impact plus ou moins grand de l'information de la population locale, qu'il vaut mieux être interpellé à Paris que dans une ville de province, le pire étant le milieu rural !

tribunal. De plus, des mesures de classement avec orientation sont maintenant prévues pour les jeunes usagers ne présentant pas de dépendance avérée<sup>3</sup>. Ajoutons pour compléter que cette loi du 31/12/1970 garantit l'anonymat et la gratuité des soins, l'anonymat étant aujourd'hui réinterrogé dans le développement des traitements médicalisés de substitution et la gratuité dans le cadre du développement de la couverture maladie universelle<sup>4</sup>.

Il existe très peu de textes renvoyant à une analyse politique de cette articulation dans la représentation du toxicomane. Ma réflexion personnelle me conduit à penser que l'effet de "balancier" induit par cette dichotomie malade/délinquant donne la mesure des enjeux institutionnels dans lesquels le toxicomane va se trouver enfermé, une forme de dialectique perverse qui n'aboutit au fond qu'à objectiver un symptôme et dans certain cas, à l'instrumentaliser (Cf. § 2-2, p. 23). On pourrait analyser ici les effets induits de la politisation du problème, entre stratégies sécuritaires et stratégies de santé publique<sup>5</sup>, comme l'évolution de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie le montrera également (cf. § 3, p. 32). A ce niveau, d'autres exemples européens (entre autres les Pays-Bas) seraient susceptibles, toutes proportions culturelles et historiques gardées, de faire évoluer sensiblement notre approche nationale<sup>6</sup>.

Enfin, puisqu'il est question d'infraction à la législation sur les stupéfiants, il apparaît utile de souligner le caractère relativement arbitraire de la notion même de produit stupéfiant. C'est ce que souligne en d'autres termes le Professeur Roques<sup>7</sup>, qui d'un point de vue sanitaire dénonce l'absence de justification scientifique dans le classement des substances psychoactives licites et illicites, au regard de leur degré de dangerosité, tout en soulignant « qu'aucune substance (y compris l'alcool et les médicaments) n'est dépourvue de danger ».

Cette logique que l'on peut appeler « législative » s'explique notamment par la référence à une politique mondiale et des accords internationaux en vigueur depuis bien longtemps.

---

<sup>3</sup> Circulaire du Garde des Sceaux n° nor : jus A 9900148 C du 17 juin 1999.

<sup>4</sup> Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

<sup>5</sup> ALFONSI G., *Contrôler et normaliser les toxicomanes*, « INTERVENTIONS » n°65 de juillet 1998. Revue de l'ANIT.

<sup>6</sup> MAIER R. et DE GRAAF W., *Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas*, Presses Universitaires de Nancy, 1994. Il s'agit d'une étude réalisée pour le GEERMM-Europe et la Commission Européenne,

<sup>7</sup> ROQUES B., *La dangerosité des drogues*, Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé, La Documentation française, Odile Jacob, 1998

## 2) Une loi fidèle aux engagements internationaux

La France a ratifié les 3 Conventions des Nations-Unies en matière de drogues : le 16/02/1969 pour la Convention Unique sur les stupéfiants de 1953, le 28/01/1975 pour la Convention sur les substances psychotropes de 1971, enfin le 31/12/1990 pour la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988<sup>8</sup>.

Rappelons que ces Conventions ont été élaborées afin de faire face à l'augmentation sensible de la production, du trafic et des consommations de produits stupéfiants (tels que définis par la Convention de La Haye de 1953), ainsi que de leurs précurseurs. Il faut souligner leur caractère prohibitionniste particulièrement influencé par la pression américaine<sup>9</sup>, qui réserve la production et l'utilisation des drogues à valeur thérapeutique au strict domaine scientifique et médical. Cette dimension prohibitionniste est étendue, par la Convention de 1988, au blanchiment de l'argent de la drogue, à la confiscation des profits réalisés par les trafiquants et au souhait de coopération internationale pour une meilleure efficacité.

Il m'apparaît important de rappeler ces données supranationales, afin de souligner combien la marge de manœuvre interne à chaque Etat signataire est limitée, et que le maximum toléré reste la simple dépénalisation de l'usage des drogues<sup>10</sup>. Aucune nation, pas même les Pays-Bas comme on l'entend souvent dire, n'a légalisé un stupéfiant quelconque, il faudrait pour cela qu'il dénonce les Conventions Internationales dont il est partie prenante, avec les conséquences qu'on imagine. Si quelques expériences, comme la distribution contrôlée d'héroïne, sont menées notamment en Suisse et en Angleterre, elle restent inscrites comme programmes expérimentaux. Ces remarques conduisent à préciser les concepts de libéralisation, dépénalisation, déjudiciarisation et légalisation<sup>11</sup> :

⇒ Libéralisation : le principe d'une interdiction assortie de sanctions reste posé, mais n'est plus mis en œuvre dans les faits. C'est le parti qui a été pris notamment par de nombreux pays européens.

⇒ Dépénalisation : l'usage n'est plus interdit, ni réprimé. Ceci conduit naturellement à définir la quantité de produit qu'une personne peut avoir en sa possession au

---

<sup>8</sup> LEROY B., *L'Europe des 12 face à la demande de stupéfiants, étude comparative des législations et des pratiques judiciaires*, Rapport pour la Commission des Communautés Européennes, 1994

<sup>9</sup> BACHMANN C. & COPPEL A., *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel, 1989.

<sup>10</sup> Il faut toutefois rappeler qu'en 1998, le PNUCID (Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues) a lancé un avertissement solennel en direction des Etats membres de l'Union Européenne qui s'engageaient assez généralement vers une politique de dépénalisation des usages.

<sup>11</sup> FRYDMAN N et MARTINEAU H, *La drogue, où en sommes-nous?*, IHESI, La Documentation Française, 1998

titre de son usage propre (par exemple 5 grammes de cannabis aux Pays-Bas). L'objectif majeur est la prévention de l'exclusion des toxicomanes, par le choix volontariste de l'accompagnement sanitaire et social<sup>12</sup>.

⇒ Déjudiciarisation : l'interdiction de l'usage est maintenue, mais les sanctions pénales sont remplacées par des mesures civiles ou administratives.

⇒ Légalisation : l'usage n'est plus interdit et les activités liées à la consommation de drogues sont organisées par la loi, par un commerce sans restriction (monopole sans publicité), ou par la distribution contrôlée (prescriptions médicales). En plus de l'objectif de prévention de l'exclusion, il s'agit, par la réglementation et le contrôle, de mettre fin au trafic international et à l'économie parallèle, et de garantir au plan sanitaire la qualité des produits disponibles, et limiter les risques liés aux coupages avec des substances nocives<sup>13</sup>.

Si l'ensemble des législations se réfère à un contexte international élargi, il faut également considérer l'Union Européenne, qui en tant qu'entité elle-même partie prenante et signataire de la Convention de 1988, élabore une stratégie propre en matière de lutte contre la drogue, avec des incidences sur les politiques des Etats membres.

### **3) Le contexte européen**

Le Traité d'Amsterdam, dans son article 152-Titre XIII, renforce les possibilités de lutte contre la drogue de la Communauté dans le champ de la santé publique<sup>14</sup>. Il considère qu'un « niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté » (art. 152, § I, alinéa1), préoccupation déjà présente dans le Traité de Maastricht (art. 129-Titre X). En revanche, la lutte contre la drogue figurait expressément dans ce dernier, alors que c'est la lutte contre les grands fléaux, de manière plus élargie, qui est aujourd'hui citée. Naturellement, les questions de drogues sont directement concernées, mais plus spécifiquement c'est une politique de réduction des risques qui est mise en avant (art. 152, §1, alinéa 3) au titre de la santé publique, et qui vient compléter l'arsenal répressif et préventif précédent.

---

<sup>12</sup> Les Pays-Bas, pour justifier la dépénalisation de l'usage, considèrent qu'il ne faut pas que la réponse à un problème soit plus préjudiciable à la personne que le problème lui-même, ce qui serait le cas de l'incarcération. Pour plus d'information : MAIER R. et DE GRAAF W., *Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas*, Op. Cit.

<sup>13</sup> Pour plus d'information : CABALLERO F., *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989

<sup>14</sup> Commission Européenne, *Communication de la Commission concernant un Plan d'Action de l'Union Européenne en matière de Lutte contre la Drogue 2000-2004*, COM (1999) 239 final, Bruxelles, 1999

Toutefois, et pour citer une nouvelle fois l'article 152 : « Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251 du traité CE (procédure de codécision), peut adopter des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des Etats membres ». Il s'agit bien ici de respecter les termes de l'article 3B-Titre II du traité de Maastricht définissant le principe de subsidiarité, qui précise qu'en matière de santé l'Union Européenne ne peut agir que quand les programmes envisagés ne peuvent être réalisés de façon satisfaisante par les Etats. Ceci s'explique par le fait que les Etats n'ont pas opéré de transfert de compétences à l'Union Européenne dans ce domaine. Dans la pratique, ces dispositions ne permettent pas à la Commission de développer elle-même des programmes sanitaires ou de prévention, et les relais s'opèrent en direction d'organisations non gouvernementales ou de réseaux européens actifs dans ces domaines. C'est dans ce cadre que se sont mises en place, à la fin des années 1980, les activités du Groupe Européen d'Echange Rhin-Meuse-Moselle (GEERMM-Europe) auquel il sera fait référence ultérieurement et dont j'assume depuis 1994 le secrétariat général.

En revanche, les instruments décisionnels à disposition de la Commission Européenne sont plus conséquents en ce qui concerne la justice et les affaires intérieures (Titre VI du traité), avec une extension des compétences accordées à Europol dans le cadre du traité de Schengen et de la coopération internationale, en lien avec la politique des Nations Unies. Un élément important d'intervention européenne concerne la réglementation sur les produits précurseurs<sup>15</sup> (dans l'esprit de la Convention des Nations Unies de 1988), notamment avec la directive (instrument juridique autoritaire) du Conseil 92/109/CCE qui régit la fabrication et la mise sur le marché communautaire des précurseurs. Il s'agissait bien entendu, dans la réglementation initiale, de limiter les possibilités d'installation sur l'espace européen de laboratoires de transformation de l'opium en héroïne. Si la démarche reste d'actualité, cette législation peut permettre aujourd'hui d'intervenir dans la fabrication des nouvelles drogues de synthèse, dont la prolifération ne cesse d'inquiéter et qui, pour le coup, sont des productions internes, particulièrement dans les pays du Bénélux, mais qui concernent également les Pays d'Europe Centrale et Orientale (PECO), devenus les principaux circuits d'alimentation en provenance des pays d'Asie du sud-est depuis la chute du mur de Berlin.

---

<sup>15</sup> Produits non stupéfiants entrant dans le traitement de la matière première et la fabrication du produit final. Par exemple, une quantité importante d'acide chlorhydrique peut révéler l'existence d'un laboratoire clandestin pour la transformation de l'opium en héroïne. Cette législation revêt une importance particulière au regard de la libre circulation des marchandises dans l'espace européen.

Sur les nouvelles drogues synthétiques et face à la montée en charge des «designers drugs»<sup>16</sup>, l'Union Européenne a adopté le 16 juin 1997 une action commune relative à l'échange d'informations, l'évaluation des risques et le contrôle, qui assure la liaison entre les Etats membres, Europol, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies et la Commission Européenne.

Il me semble important de revenir sur cet Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), créé sur la base de l'article 235 du Traité de l'Union Européenne par le Règlement CEE 302/93 du 08/02/1993. L'OEDT est chargé d'une mission d'information globale et d'épidémiologie, ainsi que de permettre une vue d'ensemble du problème au niveau communautaire, facilitant ainsi les prises de décision des Etats membres et des Institutions de l'Union Européenne. Après quelques débuts difficiles, l'OEDT s'est structuré à partir de points focaux nationaux, mis en place dans chaque Etat membre et coordonnés dans le cadre du Réseau Européen d'Information sur la TOXicomanie (REITOX). Un des axes centraux est constitué à partir du principe que «l'harmonisation progressive des principaux indicateurs épidémiologiques sur la prévalence et sur les conséquences sanitaires des toxicomanies est impérative»<sup>17</sup>. Ce dispositif est très incitatif, et ses conséquences se font aujourd'hui sentir de façon évidente aux niveaux nationaux. On peut citer, par exemple, la mise en place par l'OFDT (Observatoire Français, point focal de l'OEDT) depuis juin 1999 du «réseau sentinelle» TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) auquel participe actuellement mon service sur le secteur de Metz ou le programme SYNTES qui crée une banque de données des drogues de synthèse recueillies sur les lieux de consommation afin de connaître leur dangerosité. C'est encore le cas des récents questionnaires APPRE<sup>18</sup> destinés à l'évaluation des actions de prévention, lui-même directement inspiré du questionnaire EDDRA<sup>19</sup> élaboré par les experts de l'Observatoire Européen.

#### **4) Conclusion**

Si j'ai souhaité accorder une attention particulière au cadre international et européen de lutte contre les toxicomanies, c'est pour permettre de prendre la juste mesure du degré d'autonomie des Etats dans ce contexte, même si la souveraineté est maintenue en matière de politiques de santé. C'est dans ce registre que les disparités vont se manifester, tant au niveau structurel (systèmes bismarckien ou béveridgien), que politique (degré de priorité en matière

---

<sup>16</sup> Nouvelles molécules non encore inscrites au tableau des stupéfiants

<sup>17</sup> Commission des Communautés Européennes, *Op. cit.*

<sup>18</sup> APPRE : Actions et Projets de Prévention- Recensement

<sup>19</sup> EDDRA : Exchange on Drug Demand Reduction Action database

de santé publique) et/ou économique (place de l'alcool et des lobbies alcooliers en France par exemple).

Ces disparités ne sont pas sans incidence au quotidien, notamment dans la région qui me concerne, compte tenu de la proximité géographique de l'Allemagne, de la politique européenne de libre circulation des personnes et des phénomènes d'attraction générés par des niveaux de tolérance différents<sup>20</sup> même si, comme je l'ai montré, ces différences sont relativement minimales.

Ceci étant posé, il convient maintenant d'analyser plus avant l'organisation du dispositif français, et des grandes lignes de son évolution historique depuis son instauration structurée par la loi du 31/12/1970.

---

<sup>20</sup> Pour plus de précision : POISSON D., *Prise en charge des toxicomanes : une problématique transfrontalière, étude juridique et sanitaire*. Mémoire de Diplôme Universitaire de 3<sup>ème</sup> cycle « Politiques européennes de santé », Université de Nancy I (Faculté de Médecine, Département de Santé Publique) et Université de Nancy II (Centre Européen Universitaire), mai 1995.



## Chapitre II

### Le dispositif français : constitution et mutations

Le dispositif spécialisé en France se constitue à partir de la loi du 31/12/1970, mais il subit également l'influence du modèle psychanalytique, très présent dans ce champ, jusqu'à sa remise en cause par l'arrivée du Sida et le développement d'une politique de réduction des risques (elle-même justifiée par une montée en charge du concept de santé publique).

#### **1) Rappel de l'organisation à partir de la loi n° 70-1320 du 31/12/70**

##### **1-1) Une organisation linéaire**

Globalement, les structures de prise en charge correspondent aux différentes étapes de la trajectoire des toxicomanes : prévention, accueil, soins, postcure, réinsertion. Bien entendu, compte tenu de la complexité du problème et des difficultés d'accompagnement, notamment au travers des rechutes, il est bien rare que le toxicomane s'inscrive de façon « linéaire et continue » dans ce dispositif !

⇒ Prévention : Il s'agit ici de la prévention dite « primaire », intervenant en amont des usages de drogues, mais aussi dans la prise en compte des usages occasionnels, souvent de cannabis et/ou d'alcool et visant à agir sur les causes, dans le but d'éviter ou de limiter les risques de dérapages vers des formes plus dangereuses de consommations et de dépendances. Les équipes de prévention orientent leur travail vers les adultes, dont la fonction est d'accompagner les jeunes (milieu scolaire, quartiers, travail social, etc.), voire vers les jeunes eux-mêmes. Il s'agit essentiellement d'informations, de formations, de soutien à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention, d'une réflexion sur les représentations du public à l'égard des toxicomanies et des toxicomanes, visant à faciliter l'accès aux soins et limiter les phénomènes d'exclusion et de marginalisation des usagers de drogues.

⇒ Accueil : Les structures d'accueil, souvent (mais non exclusivement) de type associatif, sont chargées de recevoir et de traiter les demandes initiales des toxicomanes qui se présentent, de déterminer la motivation, d'évaluer la situation précise de la personne, d'orienter vers la thérapie ou le soin de type ambulatoire ou hospitalier. Ces structures sont également chargées, dans la plupart des cas, d'organiser et/ou de maintenir le lien avec l'extérieur, aussi bien avec les familles (quand cela est possible) qu'avec le secteur social (hébergement, couverture sociale, Revenu Minimum d'Insertion, démarches administratives, etc.). Les structures d'accueil peuvent également développer un accueil dit « à bas seuil

d'exigences »<sup>21</sup>, où le toxicomane pourra trouver des services relatifs à l'hygiène, des conseils ou de l'aide aux soins somatiques, des contacts avec des personnels sociaux ou soignants et d'autres services relevant du champ de la réduction des risques.

⇒ Soins : La prise en charge des soins (essentiellement les cures de désintoxication) est possible soit sous la forme ambulatoire, soit sous la forme hospitalière, en fonction du degré d'intoxication de la personne, mais aussi de son degré de marginalisation, des possibilités de soutien extérieur (famille, entourage...) ou de son refus d'une hospitalisation. Dans la plupart des cas, les structures chargées de l'accompagnement sanitaire et thérapeutique se confondent avec les structures d'accueil et travaillent en collaboration avec les hôpitaux généraux (ou quelquefois psychiatriques). La circulaire DH n°15 du 7 mars 1994 du Ministère de la Santé a contraint tous les hôpitaux généraux des villes de plus de 50 000 habitants à réserver de 3 à 5 lits pour les cures de désintoxication. Ce qui n'a d'ailleurs pas été sans poser un problème de compétence spécifique des personnels médicaux et paramédicaux, de leur formation et qui a conduit à développer des équipes de liaison<sup>22</sup>. Le soin peut également consister à mettre en place un programme de substitution à la méthadone, selon des protocoles déterminés, avec à terme la possibilité de relais de la prise en charge médicale par un médecin généraliste.

⇒ Hébergement : Ce sont des structures fermées, composées en majorité de personnels éducatifs, auxquels viennent s'ajouter des professionnels chargés de vacations psychologiques, psychanalytiques et médicales, notamment pour les structures qui accueillent maintenant des personnes sous produits de substitution (méthadone ou Subutex®). Certaines privilégient l'accompagnement individuel, d'autres un accompagnement plus articulé autour de la vie du groupe. L'indication de postcure concerne les toxicomanes les plus déstructurés, l'objectif essentiel étant l'apprentissage ou le réapprentissage des rythmes de vie, favorisant les conditions d'un retour à la vie normale, en encourageant la relation aux autres et en redonnant les capacités de suivre une formation ou de tenir un poste de travail. A ces centres s'ajoutent, sur des objectifs sensiblement identiques mais pour des indications plus précises, des possibilités de placement en familles d'accueil, ainsi que plus récemment le développement d'appartements thérapeutiques relais.

---

<sup>21</sup> L'exigence étant comprise ici comme l'obligation d'intégrer une procédure de désintoxication, ce qui a été pendant longtemps le principe de fonctionnement des structures de soins. Le « bas seuil » abandonne cette exigence première, au profit d'une stratégie visant à engager un contact avec les toxicomanes les plus marginalisés, ou ceux ne souhaitant pas cesser leur consommation.

<sup>22</sup> Circulaire DGS/SP3/DH/EO2 n°99-346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.

⇒ Réinsertion : Il est important de rappeler ici que tous les types de structures citées précédemment concourent implicitement ou explicitement à cet objectif de réinsertion, à terme, de la personne dépendante, chacun à son niveau visant l'autonomie du sujet et ses possibilités d'accès à une vie sans drogue (principe d'abstinence). Certaines structures, cependant (la plupart relevant de missions sociales non spécifiques du champ de la toxicomanie), se consacrent plus particulièrement à cette étape finale de la prise en charge, souvent en collaboration, au moins momentanée, avec les services d'accueil et d'accompagnement. Il s'agit dans la plupart des cas de structures de type Ateliers de Réentraînement au Travail, sorte de « sas » vers la vie active, permettant à la personne d'avoir une rémunération et d'apprendre à gérer un budget, à vivre de façon autonome. Soulignons cependant que cette démarche ne résout en rien les difficultés d'obtenir du travail à la sortie, difficultés sans doute plus importantes encore pour des personnes depuis longtemps marginalisées et accumulant souvent des problèmes sanitaires, judiciaires et financiers.

Après ce bref tour d'horizon des modalités de prise en charge aux différents stades de la trajectoire du toxicomane, il faut préciser les références théoriques qui ont sous-tendu, pendant une vingtaine d'années, les modalités de ces accompagnements, à savoir particulièrement le modèle psychanalytique.

### **1-2) Le modèle psychanalytique**

Je m'appuierai ici sur l'analyse sociologique d'Henri Bergeron<sup>23</sup>, qui montre comment ce qu'il nomme le « paradigme psychanalytique » a pu donner lieu à un modèle thérapeutique (à une époque où, en France, la préférence allait plus du côté de la cure que de la santé publique), posant comme objectif principal l'abstinence et l'accompagnement individualisé. L'autorité qu'a pu représenter le professeur Claude Olievenstein, au travers de ses ouvrages, de ses théories largement inspirées de la psychanalyse et concrètement mises en œuvre dans le premier centre d'accueil pour toxicomanes en France, à l'hôpital Marmottan, reprises ensuite par de nombreux spécialistes, a conduit à l'institutionnalisation d'un modèle générateur de savoirs et de pratiques acceptés par tous. Ce phénomène d'institutionnalisation, dans un domaine totalement nouveau de prise en charge<sup>24</sup>, a cadré le développement d'un certain type d'approche qui au bout du compte permettait aux acteurs de faire face à des échecs répétés dans la prise en charge individuelle. « En invitant chaque thérapeute à prendre des distances

---

<sup>23</sup> BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie : Histoire d'une singularité française*, PUF Sociologies, 1999.

vis-à-vis du vécu des toxicomanes et notamment par rapport aux possibilités de sa mort, certains des concepts analytiques agiront comme réducteur de culpabilité et préserveront, de ce fait, les équipes d'une plus grande dépressivité »<sup>25</sup>. On retrouvera ce même schéma dans des concepts tels que : la demande du toxicomane ; il n'y a pas d'urgence en toxicomanie ; etc. Ces concepts, largement théorisés, paraissent avoir représenté une telle utilité chez les acteurs, qu'ils ont créés des croyances que Bergeron appelle *axiologiques et cognitives*, qui n'ont plus fait l'objet de remises en cause ou de comparaison avec d'autres modèles ou d'autres approches théoriques.

Quelle que soit la pertinence de cette réflexion *a posteriori*, à laquelle j'adhère dans sa globalité, je n'en soutiens pas moins que ce modèle, qui sera fortement critiqué par la suite (cf. infra), n'est pas radicalement négatif et qu'il est d'ailleurs reconnu par de nombreux partenaires européens pour ce qui concerne les méthodes d'accompagnement individuel. De plus, je pense que la perspective d'abstinence<sup>26</sup>, si elle ne doit pas occulter la prise en compte des risques et des maladies associées, reste une visée thérapeutique parfaitement valable, y compris par le détour de la substitution comme outil complémentaire dans l'arsenal thérapeutique, en termes de projet de société et de qualité de vie des individus qui la composent<sup>27</sup>.

Si j'ai tenu à faire ce rappel historique, c'est pour bien montrer l'ancrage institutionnel de ce modèle psychanalytique en France, comme modèle unique de prise en charge, si on excepte les communautés mises en place par le Patriarce, qualifiées aujourd'hui officiellement de pratiques sectaires, bien qu'elles aient fait longtemps (jusqu'à 1996) l'objet d'un financement ministériel. Cette unicité et cet ancrage du modèle seront certainement pour beaucoup, comme nous le verrons tout-à-l'heure, dans les rapports de force et les conflits qui s'installeront avec les tenants d'un modèle de santé publique, de substitution et de réduction des risques, avant que ne soit reconnue la complémentarité entre ces différentes approches.

---

<sup>24</sup> Il n'existait jusque-là aucune forme vraiment spécifique de prise en charge, et pour reprendre le terme de Bergeron, c'était en quelque sorte le « paradigme de la criminologie » qui prévalait et qui n'est sans doute pas encore totalement abandonné aujourd'hui.

<sup>25</sup> BERGERON H., *Op. cit.*

<sup>26</sup> Il apparaît paradoxal aujourd'hui qu'en matière de stupéfiants, la substitution soit présentée comme un modèle exemplaire (l'expérience Subutex® en médecine de ville est unique en Europe), alors que pour les produits licites (alcool et tabac), les accompagnements thérapeutiques ont pour seul objet l'abstinence.

<sup>27</sup> « La révolution française de la substitution comme nouveauté démontre, s'il en était besoin, que distribuer ou recevoir de la drogue comme projet amène les gens à se contenter de peu, c'est à dire de ce qu'ils ont. Voilà pour moi l'effet principal de la politique dite de réduction des risques : se contenter de ce qu'on a. Piètre révolution d'une période de morosité que la drogue sert à supporter dans un état d'euphorie naïve. Les carences affectives constamment retrouvées chez nos patients, pour ne pas parler des traumatismes, trouvent ainsi leur pansement. Le renouvellement et l'homogénéisation des toxicomanes, induits par le contrôle pharmacologique

Pour en revenir à la construction du dispositif français, il est vrai que, pour terminer encore avec Bergeron : « Tant que la controverse n'existe pas, les croyances induisent une certaine forme de fonctionnement, qui confronte les acteurs à un certain type de réalité et qui, en retour, confirme ces mêmes croyances ». C'est bien par l'arrivée du Sida, en tant que phénomène majeur et catastrophique en terme de santé publique, que la controverse va s'installer et questionner les politiques publiques<sup>28</sup>.

### **1-3) L'arrivée du sida**

C'est dans le début des années 1980 qu'apparaissent les premiers symptômes d'une maladie dont on ne mesurait pas à l'époque l'impact sanitaire et social sur la population : le Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise et son vecteur principal : le Virus de l'Immuno-Déficience Humaine, dont les principaux modes de contamination sont la voie sexuelle et la voie sanguine.

Il est vrai qu'à cette époque, les deux groupes-cible repérés étaient les homosexuels et les toxicomanes. Des attitudes discriminatoires n'ont pas manqué de traverser la réflexion politique et pas seulement dans les discours d'extrême droite qui commençaient à être de plus en plus médiatisés. Aujourd'hui encore, dans son Rapport d'étape<sup>29</sup>, la MILDT rappelle que « [...] l'efficacité des politiques menées dans ce domaine<sup>30</sup>, peut-être plus que dans d'autres, est directement proportionnelle au degré d'adhésion profond de l'opinion publique ».

Pour les homosexuels, le développement de stratégies préventives internes à ces groupes a permis assez rapidement une prise en compte, dans les comportements, de cette nouvelle contamination, avec des résultats sensibles. Ces stratégies se sont appuyées sur les concepts anglo-saxons d'auto-support et de support par les pairs (Self-Help, Peer's support) qui déjà ouvraient la porte à une politique de réduction des risques intégrée à des pratiques particulières (Safer Sex). Cette mobilisation s'est d'ailleurs traduite par la constitution d'associations très militantes, encore dynamiques aujourd'hui, telles que AIDES et ACT-UP.

---

médicalement encadré, visent à les transformer en masses assistées et infantilisées. JACOB C., « *Et pourtant, ils tournent...* », *INTERVENTIONS* n°55, 1996. Revue de l'ANIT.

<sup>28</sup> « La politique en matière de toxicomanie est passée d'une logique de guerre à une logique défensive à l'égard des toxicomanes. On tente, sans le revendiquer publiquement, de renverser les priorités en matière de soin, d'imposer le primat de santé publique par la légalisation de la substitution, le développement de programmes de réduction des risques.[...] Au bout du compte la politique en matière de toxicomanie balbutie, étranglée au goulot de ses contradictions internes et freinée par un manque de pragmatisme et une attitude moraliste de l'Etat ». ALLEMAND S., *Les politiques françaises de lutte contre la toxicomanie*, *INTERVENTIONS* n°66, octobre 1998. Revue de l'ANIT.

<sup>29</sup> MILDT, *Propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies*, *Rapport d'étape au 15 octobre 1998*, Document ministériel, 1998

<sup>30</sup> Drogues et toxicomanies (NDLR)

Il n'en a pas été de même chez les toxicomanes et il a fallu du temps et de longs débats avant qu'un certain nombre de décisions ne voient le jour. Il faut souligner ici que le cadre prohibitionniste de la législation française et l'enfermement des toxicomanes dans l'alternative délinquance/maladie sont générateurs d'exclusion, mais surtout ne permettent pas de reconnaître pleinement à ces personnes le droit à la citoyenneté. Ce sera donc auprès des seuls experts reconnus de la prise en charge que les réponses au problème seront recherchées, entraînant d'ailleurs des débats très animés. L'essentiel de ces débats portera en premier lieu, dès le milieu des années 1980, sur la possibilité d'ouvrir l'accès au matériel d'injection (on ne pouvait alors se procurer des seringues que sur ordonnance). En lien direct avec ce qui vient d'être dit, c'est-à-dire sans impliquer les personnes concernées dans la réflexion, la première interrogation a porté sur la capacité des toxicomanes à prendre en compte leur santé et à modifier leur comportement ; la seconde sur les risques d'explosion de la toxicomanie par voie intraveineuse si le matériel d'injection était rendu plus disponible. Il faudra une décision courageuse du ministre de la Santé, Michèle Barzach, qui autorisera, pour une période expérimentale d'une année, la mise en vente libre des seringues en pharmacie<sup>31</sup>. Cette possibilité sera pérennisée et même élargie au fil des ans, par la vente des Stéribox<sup>®</sup>, les programmes d'échanges de seringues, les distributeurs automatiques, etc., mais il faudra attendre 1995<sup>32</sup> pour que l'autorisation de distribution soit donnée aux personnes physiques et morales œuvrant dans les champs de la prévention, qui par militantisme n'avaient pas attendu cette reconnaissance et opéraient déjà dans la plus parfaite illégalité, avec même quelquefois les services de police qui détruisaient le matériel stérile que les toxicomanes venaient d'échanger<sup>33</sup>. En 1998 encore, la MILDT<sup>34</sup> constate que « si cette situation a évolué, elle est encore loin d'être satisfaisante, faute de définition d'objectifs communs à l'ensemble des acteurs, de sorte que les efforts des uns sont encore trop souvent annihilés par ceux des autres ». On prend alors la mesure du chemin à parcourir pour aboutir à une cohérence d'intervention et du volontarisme nécessaire autant dans le champ politique que chez les différents acteurs de terrain concernés.

Une autre grande polémique qui sera déterminante pour l'avenir du dispositif spécialisé dans sa globalité concernera la possibilité de mettre les toxicomanes sous

---

<sup>31</sup> Décret n°87-328 du 13 mai 1987

<sup>32</sup> Décret n°95-255 du 7 mars 1995

<sup>33</sup> Rappelons ici qu'au regard de la loi, la possession de matériel d'injection, sauf justification médicale, est une présomption d'infraction à la législation sur les stupéfiants.

<sup>34</sup> MILDT, *Rapport d'étape au 15 octobre 1998, Op. cit.*

substitution, notamment par le développement de programmes de méthadone, jusque-là très limités à environ 50 par année<sup>35</sup>.

Plus généralement, au regard de l'incidence dans la population toxicomane, de la situation de la France pratiquement lanterne rouge de l'Union Européenne en matière de prévalence du sida chez les toxicomanes et du problème de santé publique posé, la conséquence majeure de l'arrivée du sida a été une exigence de modification des représentations du toxicomane dans la population en général et chez les professionnels en particulier. Il s'agissait au fond de prendre en compte et d'accepter ces comportements pour les adapter à une situation nouvelle, en deçà donc de la visée d'abstinence qui était la règle dans le champ de l'accompagnement sanitaire et social. Le concept de *Réduction des Risques* venait de prendre place dans les discours et bientôt dans les pratiques soignantes.

## 2) D'un modèle de prise en charge à un autre : le concept de réduction des risques

### 2-1) Définition

Le terme réduction des risques est une interprétation un peu « libre » de l'anglais *harm reduction* dont la traduction littérale est : réduction des dommages. Sur cette nuance, J-Y. Trépos nous dit que : « En Angleterre, en Suisse, en Belgique, on m'a parlé de *harm minimization* et de *harm reduction* et lorsqu'il faut le dire en français, on parle de « réduction des risques ». C'est à peu près pareil, à ceci près que dans *harm minimization*, j'entends que l'on cherche à faire que le dommage (et donc la souffrance) soit minimal et qu'on se place du côté du sujet, pour intervenir sur ce qui nuit actuellement. Lorsque j'entends « réduction des risques », je comprends que l'on cherche à supprimer certains risques, à la place des gens, du côté de l'objet en quelque sorte. On cherche à intervenir sur ce qui pourrait arriver et peut-être nourrit-on le rêve (très rationaliste) d'une société sans risques du tout. Apparaissent là deux dispositifs possibles, correspondant à deux philosophies très réelles »<sup>36</sup>.

La suisse A. Mino nous donne la définition suivante : « Les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles »<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> *Le Monde* du 7 mai 1998 comptabilisait 8 000 toxicomanes sous méthadone (contre seulement 77 en février 1994) et 40 000 sous Subutex, in BERGERON, *Op. cit.*

<sup>36</sup> TREPOS J-Y., *Une rencontre qui dérange*, in J-C. ROUCHY (dir.), *La double rencontre : toxicomanie et sida*, Toulouse, Eres, 1996.

<sup>37</sup> Citée dans WIEVIORKA S., *La réduction des risques*, Revue documentaire TOXIBASE, n°3, 3<sup>ème</sup> trimestre 1996

En terme d'évaluation, la MILDT<sup>38</sup> considère que « Cette politique de réduction des risques a porté ses fruits puisqu'elle a permis de toucher un plus grand nombre de toxicomanes, diminué notablement le nombre des partages de seringues et réduit le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogue ».

Je soutiens personnellement l'idée que la réduction des risques, en tenant compte de la remarque précédente de J-Y. TREPOS et donc en se plaçant résolument du côté du sujet, ne s'inscrit pas en lieu et place (et encore moins en opposition comme les tenants de chaque « camp » ont tenté de le faire croire) des modèles de prise en charge médico-socio-éducative « traditionnels », mais au contraire qu'elle y participe pleinement, comme outil complémentaire indispensable de ces accompagnements. La réduction des risques, il faut le répéter, n'est pas une politique de lutte contre les toxicomanies, mais contre les dommages inhérents à ces pratiques. Sauf à vouloir instrumentaliser le toxicomane au profit d'un pouvoir institutionnel, par un effet de balancier dont j'analyserai les effets néfastes au paragraphe suivant, l'objectif est bien que les professionnels s'approprient les techniques les plus adéquates et scientifiquement validées pour améliorer le service aux usagers et faciliter l'élaboration de projets d'intervention adaptés à chaque individu ou groupe-cible. J'expliquerai ultérieurement comment j'envisage cette intégration dans le Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies que je mets en place en Moselle.

## **2-2) Le risque d'un effet de balancier**

J'ai déjà souligné le risque que présentait, dans nos représentations du toxicomane, l'alternative maladie/délinquance, et les jeux de pouvoir entre santé et justice, face à un problème complexe qui ne peut se satisfaire d'être considéré uniquement par ce qu'il donne à voir, par son symptôme. Dans le même ordre d'idée, un effet de balancier ou de mode, en ce qui concerne les modèles de prise en charge, ne saurait à mon sens ni être porteur d'ouverture, ni garantir le respect des personnes qui doit rester la pierre angulaire de la réflexion.

Bien sûr et il convenait de le pointer, le modèle psychanalytique a trouvé ses limites face à un problème émergent. Bien sûr, une priorité de santé publique nécessitait également d'interroger le modèle d'abstinence, de développer des stratégies plus souples et de diversifier les outils sanitaires et sociaux d'accompagnement. Pour autant, je ne crois pas qu'une évolution pertinente du dispositif soit possible en faisant table rase de l'expérience acquise : il faut rendre hommage aux professionnels des institutions et services spécialisés qui pendant

---

<sup>38</sup> MILDT, *Rapport d'étape au 15 octobre 1998, Op. cit.*



deux décennies ont construit des protocoles de prise en charge sérieux et reconnus y compris par de nombreux partenaires européens.

En 1996, dans un colloque international organisé par le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida d'Ile de France, nous avons entendu les défenseurs d'une politique de réduction des risques demander que les intervenants en toxicomanie français soient traduits devant les tribunaux pour non assistance à personnes en danger et même pour crime contre l'humanité, parce qu'ils ne s'étaient pas investis rapidement dans les programmes de substitution et à ce titre responsables du fort taux de contamination par le VIH. Au delà des excès d'un effet de tribune, je ne crois pas qu'un tel état d'esprit sous-tende une perspective favorable pour la coopération et la complémentarité nécessaires à la réussite des projets à venir. Il réduirait les perspectives au contraire, comme je l'ai déjà souligné, à un conflit de pouvoir pour l'appropriation institutionnelle d'un problème qui mérite à mon sens un meilleur traitement.

Il me semble qu'à ce niveau c'est l'intelligence politique qui doit intervenir, intelligence comprise comme capacité d'analyse globale objective et prospective, garante de la nécessaire diversité des outils disponibles et surtout garante de la qualité du service public.

Dans le même ordre d'idée, à un échelon plus local, je pense que les directeurs et responsables d'équipes doivent concourir à cette normalisation des relations entre institutions, services et associations impliquées, les réseaux étant peut-être un outil privilégié garantissant le respect de l'autonomie et des champs de compétences de chacun.

### **2-3) L'irruption de l'action humanitaire**

Au cours de cette même période, un nouvel acteur s'est également investi dans le champ des toxicomanies, comme ardent défenseur de la réduction des risques: l'action humanitaire (et plus précisément Médecins du Monde). Rappelons que le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, avait été longtemps un militant dans ce domaine et même fondateur d'une organisation humanitaire très active encore à ce jour.

Médecins du Monde s'est très rapidement engagé dans les premiers programmes de substitution à la méthadone, notamment en région parisienne, par l'ouverture de centres. Bien sûr, la garantie médicale était par définition assurée, mais sans connaissance spécifique de la problématique globale et relativement complexe, au sens de ses multiples déterminants, de la toxicomanie, les limites de la prise en charge se sont rapidement fait sentir. Là encore, comme dans le paragraphe précédent, on peut constater qu'un changement radical de modèle d'intervention n'est pas forcément chose souhaitable, que la méthadone elle-même n'est

jamais qu'un outil, et ne peut être considérée comme la réponse unique et universelle, pas plus que la stricte médicalisation du problème.

Il n'est pas question ici de dénigrer la démarche humanitaire (même si culturellement on a plus l'habitude de l'imaginer active dans des pays lointains), à condition qu'elle s'inscrive en tant qu'acteur complémentaire des dispositifs existants, dans le champ de compétence qui est le sien. Les politiques publiques, comme pour la réduction des risques, doivent être les garants de cette logique globale.

Aujourd'hui, Médecins du Monde s'implique largement pour la réduction des risques dans les manifestations de type *rave* et milite pour le développement du « testing », instrument permettant de tester la présence de méthyle-dioxy-métamphétamine<sup>39</sup>, dont la fiabilité est contestée et qui de toute façon est légalement interdit. Néanmoins et l'argument peut être valide, Médecins du Monde soutient qu'au-delà de la précision scientifique, l'intérêt est plus de rentrer en contact avec les usagers, afin de diffuser une information plus individualisée et adaptée à ce milieu particulier.

En définitive, on peut dire que si le modèle psychanalytique a été remis en cause, c'est aussi et surtout dans sa dimension très individuelle, au regard des nécessités d'une approche plus globale du problème, cette approche relevant d'un concept assez peu en vogue à cette époque en France, celui de santé publique.

### **3) L'impact d'une politique de santé publique**

#### **3-1) Une nouveauté en France**

Pour être plus précis, j'analyse cette nouveauté particulièrement dans le domaine des dépendances, sans préjudice de son développement antérieur dans d'autres domaines, notamment médicaux.

En réalité, tout le monde s'accorde à penser que c'est la politique prohibitionniste qui fait frein à une action volontariste en matière de santé publique. Y compris au niveau interministériel, cette prise de conscience est effective : « L'application de la loi pénale à l'égard des usagers a été constamment marquée par une difficulté de concilier action répressive et impératifs de santé publique »<sup>40</sup>. Nous revenons sur l'idée qu'une politique de libéralisation, à défaut de dépénalisation clairement affirmée, est un passage obligé vers

---

<sup>39</sup> MDMA, amphétamine plus connue sous le nom d'Ecstasy. Aujourd'hui, Ecstasy est devenu un nom générique et de nombreuses incertitudes existent quant à la composition exacte des produits diffusés sur le marché. Le testing ne permet pas de déterminer les autres composantes présentes dans ces nouveaux produits de synthèse.

<sup>40</sup> MILDT – CFES, *Drogues : savoir plus ; synthèse du plan gouvernemental*, décembre 1999

l'évolution indispensable des représentations de la toxicomanie. Seul un certain niveau d'acceptation de ces pratiques permettra d'établir la priorité de l'accompagnement sanitaire et social, d'accorder plus d'importance à l'individu qu'à son symptôme et, à terme, de réintroduire la notion de citoyenneté dans cette population afin de la faire participer plus efficacement à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes qui les concernent directement<sup>41</sup>.

Les intervenants en toxicomanies, de quelque champ qu'ils soient, ne sont pas des législateurs et opèrent à l'intérieur d'un cadre juridique établi. Comme je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises, c'est donc bien sur la base de décisions politiques clairement énoncées que l'ensemble des acteurs pourra développer une stratégie cohérente et globale et sortir des « bricolages » trop souvent constatés et à juste titre dénoncés. Des exemples intéressants existent, comme aux Pays-Bas, où la dépolitisation du problème dès 1975 a permis rapidement de privilégier, avec le soutien de la population, une approche volontariste sous l'angle de la santé publique<sup>42</sup>, dont les incidences positives face à l'épidémie de sida ont été évidentes.

Mais il convient de relativiser les analyses comparatives, car mon expérience de plus d'une dizaine d'années dans les échanges européens m'a fait prendre toute la mesure des différences culturelles dont l'influence est loin d'être négligeable dans l'élaboration des dispositifs nationaux.

### **3-2) Un alignement européen et international**

En dehors du problème sanitaire posé par l'irruption du sida, il faut également tenir compte de la construction européenne. Comme je l'ai indiqué, l'Union n'a pas compétence en matière d'harmonisation des politiques de santé, mais par d'autres biais contraint au bout du compte les Etats à intégrer des politiques similaires. J'ai déjà pris l'exemple de l'harmonisation des indicateurs épidémiologiques et des systèmes d'évaluation développée par l'Observatoire Européen et relayée par les points focaux nationaux. En ce sens, une démarche globalisante se met en route progressivement, à partir de critères de santé publique, sur le modèle de ce qui est mis en œuvre par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ces orientations se précisent de plus en plus, et le processus d'harmonisation dans ces domaines devrait à mon avis se concrétiser à court ou moyen terme.

---

<sup>41</sup> Je reviendrai, dans la seconde partie de ce mémoire, sur cette question de la participation des usagers.

<sup>42</sup> Pour plus d'information : MAIER R. et DE GRAAF W., *Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas* Européenne, 1994. *Op. cit.*

### **3-3) Une approche plus globale des substances psychoactives**

Un autre élément significatif est celui du regroupement de l'ensemble des substances (alcool, tabac, stupéfiants, médicaments psychotropes), tel que décidé par le Comité Interministériel de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie du 16 juin 1999 et de la décision du Premier ministre d'élargir les missions de la MILDT à l'ensemble de ces produits. Compte tenu par exemple du poids culturel et économique de l'alcool en France, on imagine qu'une telle décision n'était sans doute pas aisée<sup>43</sup> et qu'elle ne sera pas sans conséquences dans les faits. Si on considère les décès déclarés liés à la toxicomanie (environ 150 en 1998) avec ceux liés à l'alcool et au tabac (environ 100 000 par an), on voit bien qu'une telle décision intègre une vision élargie du problème des dépendances et s'oriente vers une meilleure cohérence politique, avec là encore un souci de santé publique.

### **3-4) Une segmentation plus comportementale : usage, abus et dépendance**

Je terminerai avec cette mesure qui participe de la même démarche, et je me contenterai d'une citation de la MILDT<sup>44</sup> qui me paraît suffisamment éclairante : « Dans son rapport *« Pour une politique de prévention en matière de comportement de consommation de substances psychoactives »* (1997), le Professeur Parquet, après avoir fait le constat d'une certaine cacophonie des actions et des discours, souligne la nécessité d'élaborer, à partir de définitions communes, un corpus théorique qui devrait servir de base à une véritable politique publique. Il propose, à partir des données internationales qui font l'objet d'un consensus scientifique, une approche fondée sur les comportements et non sur les produits, en distinguant l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance ».

Cette constitution du dispositif français et ses grandes mutations liées à des approches conceptuelles en évolution, n'a pas été sans conséquences directes sur l'organisation administrative et politique générale, et c'est cette traduction dans les politiques publiques que je me propose d'aborder maintenant.

---

<sup>43</sup> On se souviendra utilement des difficultés à faire appliquer la réglementation sur la publicité de l'alcool adoptée sous le ministère de Claude Evin, et remise maintes fois en question.

<sup>44</sup> MILDT, *Rapport d'étape au 15 octobre 1998, Op. cit.*

## **Chapitre III**

### **Le cadre administratif et politique**

Pour une meilleure appréhension de l'organisation globale des soins en France, il me apparaît utile de rappeler son cadre administratif et politique, les grands changements intervenus dans le dispositif, enfin le rôle particulier dévolu aujourd'hui à l'instance interministérielle que représente la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

#### **1) Le cadre constitué par la loi de 70**

Comme je l'ai déjà exposé plus haut, au niveau technique, c'est le cadre posé par la Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, qui détermine également son organisation administrative et politique. Les évolutions successives ont eu des répercussions réglementaires et juridiques importantes.

##### **1-1) Une organisation centralisée**

Inscrite dans le Code de la Santé Publique, la toxicomanie, au même titre que l'alcoolisme, est considérée comme un fléau national, et relève donc strictement d'une compétence d'Etat<sup>45</sup>. Ainsi, l'ensemble des dépenses du dispositif français sont à la charge de la Direction Générale de la Santé et au niveau local sont relayées par les services déconcentrés de l'Etat : préfetures, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales. Cette centralisation, ainsi que la constitution d'un « couple d'acteurs » entre la Direction Générale de la Santé et les intervenants en toxicomanie (pour faire référence à l'analyse de Bergeron<sup>46</sup>), ont conduit à homogénéiser des pratiques et à relativement figer l'ensemble du dispositif. La séparation des pouvoirs entre la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Action Sociale (cf. infra *Recentrage sur le soin et restructuration*) n'a pas résolu le problème, et cette centralisation est dénoncée en ces termes par la Cour des Comptes<sup>47</sup> : « Les méthodes utilisées par deux directions d'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité

---

<sup>45</sup> Loi n°83-663 du 22 juillet 1983, qui confie à l'Etat les dépenses d'application de la Loi du 31/12/1970.

<sup>46</sup> « Les croyances [...] endossées par les acteurs, lentement, pendant toute la période considérée, se sont, pour ainsi dire, prolongées en des relations spécifiques unissant intervenants et Direction Générale de la Santé, de telle sorte qu'advint un couple d'acteurs qui occupa seul l'espace dédié à la politique de soins », in BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*, PUF Sociologies, 1999.

<sup>47</sup> Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, juillet 1998.

principalement concernées [...] illustrent les dysfonctionnements qui résultent d'une gestion centralisée des dossiers ». Même constat de la Cour des Comptes au niveau local : « Du fait de l'excessive spécialisation des financements, certaines DDASS éprouvent des difficultés pour faire prendre en considération des dossiers qui ne rentrent pas dans le cadre établi par les administrations centrales: structures jugées trop sociales pour être retenues par la Direction Générale de la Santé et trop sanitaires pour relever de la Direction de l'Action Sociale ». Cette configuration ne sera pas sans incidence sur la construction du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies qui fait l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

### **1-2) Un financement parcimonieux et une absence de contrôle**

Il est intéressant de noter que, bien que de compétence d'Etat, la lutte contre la toxicomanie, dans son versant sanitaire, n'a jamais fait l'objet d'une budgétisation généreuse, et au milieu des années 1990, on comparait le budget national à celui d'un petit hôpital de province, de l'ordre de 600 millions de francs. Ce n'est qu'en 1998, après la mise en place de nouvelles structures d'accueil, liées à la substitution et à la réduction des risques, que ce budget a dépassé le milliard de francs. En revanche, les financements consacrés à la répression sont quatre fois supérieurs. On peut penser que le passage à l'assurance maladie, tel qu'il se préfigure dans les années à venir, sera susceptible de permettre une montée en charge de ces moyens, sous réserve du vote des budgets par le Parlement.

Pour autant, la Cour des Comptes, dans le rapport précédemment cité, note la difficulté d'évaluer précisément l'ensemble des financements accordés aux structures spécialisées, dans la mesure où de nombreux ministères sont impliqués et gèrent eux-mêmes des enveloppes accordées par l'Etat, ce qui peut conduire sur le terrain à des financements multiples, qui ne font pas forcément l'objet d'une concertation éclairée entre les différents services déconcentrés concernés. A ceci s'ajoute aujourd'hui les financements de la Politique de la Ville, ainsi que des collectivités locales qui souhaitent s'impliquer plus avant dans cette lutte contre la toxicomanie.

Cette analyse relative à la nécessité d'une plus grande transparence dans les financements des structures restera en toile de fond de la construction budgétaire du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est, même si cette partie financière n'est pas directement traitée dans ce mémoire, pour des raisons que j'aurai l'occasion de préciser.

## **2) Un tournant dans la politique des soins : le décret de 1992**

C'est à partir de la prise en compte de l'épidémie de sida chez les toxicomanes et de l'orientation très médicalisée que prend l'accompagnement des toxicomanes (bien que la substitution ne soit encore que timidement introduite), que la Direction Générale de la Santé, dont presque tous les financements relèvent, décide de recentrer le dispositif spécialisé sur la prise en charge des toxicomanes.

### **2-1) Déconventionnements**

La nécessaire évolution et diversification des outils de prise en charge qui se fait sentir alors, notamment dans le champ du sanitaire et de la réduction des risques (accueil à bas seuil d'exigence, substitution, programmes d'échanges de seringues, etc.), liée en grande partie à la prévalence de la séropositivité au VIH dans la population toxicomaniaque française, a provoqué un changement radical de la politique gouvernementale.

Ainsi, le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST ou CSSTH si hébergement) déconventionne la prévention des toxicomanies, sur l'argument que ce champ d'intervention ne concerne pas directement les toxicomanes et à ce titre ne s'inscrit pas dans le champ sanitaire. Sont également déconventionnés par ce décret : les services locaux de documentation, à l'exception du réseau national Toxibase ; les structures de réinsertion des toxicomanes ; la formation (renvoyée aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales) ; la recherche et les services d'accueil téléphonique locaux, au profit, pour ces derniers, du développement et à terme de la régionalisation du numéro vert Drogue Info Service.

La circulaire DGS/2D n°20 du 23/03/1992 relative aux orientations 1992 de la Direction Générale de la Santé dans le domaine de la lutte contre les toxicomanies précise que « Les Ateliers de Réentraînement au Travail ou d'Insertion Economique [...] devront désormais être financés sur d'autres lignes » et qu'un transfert de crédits sera envisagé auprès de la Direction de l'Action Sociale. De même, cette circulaire stipule que « Conformément aux dispositions du décret en préparation<sup>48</sup>, les centres dont la seule activité est la prévention primaire ne feront plus partie du dispositif de prise en charge des toxicomanes. Ils ne pourront plus être financés sur le chapitre visé en référence<sup>49</sup>. Il conviendra de recourir aux financements d'autres partenaires ». Entre autres, ces autres partenaires sont les collectivités

---

<sup>48</sup> Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NDLR).

<sup>49</sup> Chapitre 47-15/12 de la Direction Générale de la Santé (NDLR)

locales, dont les conseils généraux<sup>50</sup>, qui par exemple en Moselle ont refusé de prendre le relais, au prétexte que les questions de toxicomanies relèvent d'une compétence d'Etat. On voit ici dans quelle situation délicate se sont retrouvées ces structures, dont un certain nombre, trop fragiles, ont dû cesser leur activité. Ce cadre a quelque peu évolué, dans la mesure où aujourd'hui les départements ont compétence en matière de toxicomanie, mais uniquement dans le cadre des Contrats de Villes, à parité avec l'Etat et les communes impliquées.

## **2-2) Recentrage sur le soin et restructuration**

Ces modifications entraîneront une séparation nette des compétences entre la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Action Sociale, avec, en 1998, le rétablissement d'une coordination entre les services compétents de ces deux Directions. Ajoutons, pour être complets, l'implication de l'assurance maladie avec la création de structures sur financement sécurité sociale et celle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, ces structures étant généralement gérées par des hôpitaux (généraux ou spécialisés).

La circulaire DGS/2D n° 20 du 23/03/1992, précédemment citée, se référant à la préparation du Décret n° 92-590 qui « vise à harmoniser les procédures de création et d'extension des structures et à préciser leurs missions » (extrait de la circulaire), stipule que « [...] le chapitre 47-15/12 devrait servir désormais à financer les centres de soins spécialisés aux toxicomanes autorisés par l'Etat, ceux-ci étant recentrés sur les missions de prise en charge médico-psychologique, de prise en charge socio-éducative des toxicomanes et de soutien à l'environnement familial des toxicomanes ».

## **2-3) Réduction des risques**

C'est une démarche supplémentaire dans ce tournant de l'année 1992 que représente le développement volontariste de la réduction des risques, à partir des éléments que j'ai résumés dans les premières pages de ce mémoire. C'est le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993 qui a ancré cette politique en France, par la mise en place de lieux de contact pour les toxicomanes les plus marginalisés, les « Boutiques », l'implication des hôpitaux et de la médecine de ville par la création des réseaux toxicomanie-ville-hôpital et le développement des capacités de prescription et de délivrance de méthadone (1695 places

---

<sup>50</sup> Loi n°82-213 du 02/03/1982 relative aux droits et libertés des communes, départements et régions et Loi n°83-663 du 22/07/1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, dites « Lois de décentralisation », qui confient la prévention aux départements.



dans 45 unités à la fin de l'année 1994)<sup>51</sup>. La circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995 prévoit l'extension de ces nouveaux dispositifs et la possibilité pour tous les centres agréés de prescrire et délivrer la méthadone<sup>52</sup>. C'est aussi en 1995 que les médecins de ville seront autorisés à initialiser des programmes de substitution à partir de la buprénorphine, commercialisée à haut dosage sous le nom de Subutex®, alors qu'elle était interdite de prescription aux toxicomanes sous son ancienne forme, le Temgésic®.

L'ensemble de ces réformes, pour essentiel qu'il soit, n'était que le point de départ d'une évolution politique encore active à ce jour, et dont aujourd'hui un des fers de lance est la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, la MILDT.

### **3) Un dispositif particulier : la MILDT**

C'est le décret n° 82-10 du 08 octobre 1982 qui crée la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILT), remplacée en juillet 1990 par la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), qui devient la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) par le décret n°96-350 du 24 avril 1996. Elle coordonne aujourd'hui les activités de 11 ministères, par décision du Conseil Interministériel de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie du 16 juin 1999 (7 ministères étaient impliqués avant cette date).

#### **3-1) Un parcours chaotique**

Depuis sa création, la MILDT, sous ses différentes appellations, a connu de nombreuses modifications, sans apparaître comme réellement investie d'un pouvoir d'intervention. Elle a été successivement mise sous la responsabilité du Premier ministre, du ministère de la justice ou du ministère de la santé, au gré des options politiques des gouvernements, plutôt enclins à la répression ou aux soins<sup>53</sup>. Au bout du compte, comme le souligne la présidente actuelle, Nicole Maestracci, deux éléments posent les limites de son intervention : la majorité des budgets interministériels accordés par le gouvernement le sont directement aux ministères concernés ; les personnels de la MILDT sont mis à disposition par les ministères et continuent donc de relever de leur administration de référence.

---

<sup>51</sup> Travail Social Actualités, *Bulletin législatif*, supplément à TSA hebdo n°540 du 10 mars 1995.

<sup>52</sup> Jusqu'à présent, cette possibilité était réservée aux centres qui en faisaient la demande et pour un nombre de places limitées, avec financement spécifique, ce qui n'est plus le cas dans les orientations 1995 où cette prescription devient une fonction à part entière.

<sup>53</sup> On retrouve ici l'incidence des effets de balancier que j'ai eu l'occasion d'analyser précédemment.

C'est une lettre de mission du Premier ministre en date du 10 juillet 1998 qui charge la présidente de la MILDT de faire un état des lieux précis de l'évolution des modes de consommations de substances psychoactives, y compris licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), d'évaluer les modalités de coordination locale de la lutte contre la toxicomanie, d'engager un processus d'évaluation des actions financées. C'est cette note d'étape, remise au gouvernement le 15 octobre 1998, qui va être déterminante pour l'avenir de la MILDT.

### **3-2) Une volonté nouvelle affirmée à l'appui d'un programme politique**

Sur la base de cette note, et à partir du " Relevé de conclusions " du Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie réuni en date du 16 juin 1999, complété par le Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, l'évolution du champ de la prévention et de la prise en charge des toxicomanies va se caractériser par trois points essentiels :

Un dépassement du clivage traditionnel entre produits licites et illicites, pour une approche plus globale des consommations de substances psychoactives. Le plan prévoit l'élargissement des compétences de la MILDT à " l'ensemble des substances dont la consommation abusive peut entraîner des dépendances dangereuses pour la santé et la sécurité publique ", notamment l'alcool et le tabac. Cet élargissement a été entériné en Conseil des ministres le 15 septembre 1999.

Une perspective de regroupement des modalités de prise en charge des personnes dépendantes, au-delà du type de produits consommés. Ce plan triennal propose en effet le regroupement à terme des Centres de Consultation Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes. Rappelons à ce niveau que les CCAA (anciennement CHAA, Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie) sont intégrés depuis fin 1998 dans le dispositif médico-social relevant de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975.

Une différenciation dans l'approche des modes de consommation de produits psychotropes par l'introduction des notions d'usage, d'abus (usages nocifs), de dépendances et du concept d'addiction<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Rappelons pour l'étymologie que ce terme d'addiction, qui nous revient aujourd'hui de l'anglais addict, était un mot français du milieu du siècle désignant la situation d'un individu qui devenait pour ainsi dire esclave du prêteur à qui il ne pouvait rembourser sa dette.

Bien que la convergence entre ces trois axes apparaisse comme relativement évidente, ils se situent néanmoins à des niveaux différents, que je qualifierai respectivement de politique, structurel et technique.

Le premier point représente un changement politique important, notamment au regard du poids économique que représentent l'alcool, le tabac et même les médicaments. On peut penser d'ailleurs que la construction européenne joue pour beaucoup dans cette évolution. Quoi qu'il en soit, ce point n'est pas en contradiction fondamentale avec les modes d'intervention des services spécialisés en toxicomanie et plus particulièrement ceux de la prévention, qui se réfèrent régulièrement aux produits licites, mieux connus et plus intégrés dans les représentations du public, pour tenter de sortir de la stigmatisation des toxicomanes et des nombreux clichés véhiculés dans ce domaine.

Le second point, plus organisationnel, laisse entrevoir une orientation vers l'intégration de la prise en charge des toxicomanes dans les dispositifs de droit commun<sup>55</sup> (financement par l'assurance maladie), ce qui dans une certaine mesure peut être tout à fait acceptable, sauf à noter que les moyens financiers mis à disposition de l'alcoologie sont nettement inférieurs à ceux destinés aux soins des toxicomanes (risque de nivellement par le bas), moyens qui sont par ailleurs régulièrement dénoncés dans leur insuffisance.

En ce qui concerne le troisième et dernier point, il se situe à mon sens dans un registre plus technique, qui intègre à la fois le domaine de la prévention et celui de la prise en charge socio-médico-éducative des toxicomanies, et plus largement des addictions. Il permet de se dégager des confusions traditionnelles, en distinguant entre consommations occasionnelles (usage "récréatif") pour lesquelles l'information et une prévention non stigmatisante doit être privilégiée, consommations régulières et/ou systématiques qui doivent motiver une attention particulière (abus, usages nocifs) et les situations de pharmacodépendances qui nécessitent une prise en charge plus conséquente.

Terminons pour être complet en signalant que les perspectives sont également de donner une plus grande autonomie à la MILDT par rapport aux différents ministères et que l'ambition est de structurer le niveau local, sous l'autorité du chef de projet, pour rationaliser l'utilisation des crédits déconcentrés.

---

<sup>55</sup> Compris ici comme ne relevant plus d'un budget ministériel spécifique, étant entendu que ces budgets sont aussi en quelque sorte dans le champ du droit commun.

#### **4) Conclusion**

Une telle approche, dont la caractéristique est un recentrage sur les comportements, peut permettre d'organiser un partenariat éclairé entre les différents acteurs, spécialisés et non spécialisés, en proposant une configuration coordonnée et cohérente facilitant la prise en compte des problèmes rencontrés, en leur réservant un accueil adapté. En effet, l'expérience montre que par exemple, le souci d'un parent ou d'un professeur confronté à un usage de haschisch est tout aussi légitime que celui d'un éducateur de CHRS qui héberge un toxicomane dans son institution. Pour autant, le registre de réponse et/ou de soutien doit être différencié, et organisé à la mesure d'un diagnostic pertinent et surtout partagé, impliquant chaque fois que possible la personne concernée.

A ce jour, il n'existe que très peu de structures susceptibles de prendre en compte ces niveaux d'intervention. La médicalisation actuelle des phénomènes de consommation, dont la pierre angulaire est le développement spectaculaire de la substitution, nécessite en contrepartie une réflexion et des propositions innovantes, particulièrement dans le domaine socio-éducatif.

Les orientations gouvernementales récentes, sous réserve qu'elles soient suivies de mesures concrètes, sont susceptibles de permettre une ouverture positive visant à prendre en compte ces différents éléments et à structurer, en terme de services et de coordination des institutions, un dispositif adapté aux situations concrètes rencontrées par les professionnels et le public.

C'est sur cette analyse que je proposerai mon projet de création d'un Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la partie orientale de la Moselle, après avoir présenté plus précisément l'ensemble des structures et services spécialisés actifs sur ce département.

## Chapitre IV

### Le dispositif spécialisé en Moselle et au CMSEA

#### **1) En Moselle**

Il s'agira dans ce chapitre de mieux appréhender l'ensemble des outils spécialisés disponibles et ceci à tous les niveaux de l'intervention, pour le développement d'une action cohérente, sous réserve d'être en mesure de mobiliser ces moyens, relevant d'administrations, d'établissements et d'associations différents.

##### **1-1) Organisation administrative des services de l'Etat**

Outre les services déconcentrés de l'Etat chargés de la mise en œuvre et du contrôle des soins et de la prévention (notamment la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) ainsi que de la formation (la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), le préfet de Région, préfet du département de la Moselle, a désigné un « Chef de Projet », conformément à la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999. Ce Chef de Projet est le préfet délégué à la Sécurité et à la Défense de la zone Est.

Il s'est doté, pour le seconder, d'une Conseillère Technique chargée de mission départementale pour la prévention des toxicomanies, mandatée pour appuyer un « Comité de Pilotage », composé de tous les services déconcentrés de l'Etat et des collectivités territoriales impliqués dans les problèmes de toxicomanies, et dont les objectifs sont d'une part la détermination d'une cohérence d'action au niveau départemental, d'autre part d'étudier les demandes de financement relevant des crédits déconcentrés de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies. La Conseillère Technique veille enfin à l'articulation des programmes en lien avec le sous préfet chargé de la Politique de la Ville et les Directeurs de projet des Contrats de Villes (il en existe 4 en Moselle), ainsi qu'avec les structures de terrain.

Compte tenu de la situation frontalière de la Moselle, avec l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg, une commission a été créée, baptisée Groupe de Mondorf, qui réunit, avec une présidence tournante, les représentants politiques de Moselle, du Luxembourg, de la Sarre allemande et de la Belgique germanophone. Ce Groupe est une sorte d'observatoire des toxicomanies sur cet espace géographique, mène quelques études épidémiologiques et soutient quelques actions de prévention, comme par exemple des rencontres transfrontalières de la jeunesse.

## **1-2) Accueil et soins**

Il existe deux Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes (CSST) en Moselle, implantés à Metz, un relevant d'une association (Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes / CMSEA), l'autre du secteur public (Intersecteur des Pharmacodépendances de Moselle / IPM). Ce dernier a récemment développé une extension sur le secteur de Thionville. Le CSST / CMSEA gère aussi un point de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés, autrement appelé « Boutique » et instauré dans le cadre du Plan Gouvernemental de Lutte contre la Drogue du 21 septembre 1993 dont les priorités ont été réaffirmées par la circulaire n°98/72 du 4 février 1998 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Il bénéficie d'un agrément pour un centre méthadone de 20 places. Le CSST / IPM est habilité à mettre en œuvre des programmes, sans budget spécifique (80 toxicomanes ont eu recours à la substitution en 1999).

Il existe également un Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes (CAST) à Sarreguemines dans le nord-est du département, qui s'est construit à partir de redéploiements internes au Centre Hospitalier Spécialisé. Il n'est pas financé sur le budget toxicomanie de la Direction Générale de la Santé, et ne bénéficie pas de l'appellation CSST au titre du Décret n°92-590 du 29 juin 1992. La conséquence directe est que ce CAST n'est pas habilité à mettre en place les programmes de substitution à la méthadone, mais peut naturellement être un relais pour la population locale (actuellement une dizaine de personnes concernées). Enfin, une antenne au Centre médico-psychologique de Saint-Avold est également destinée à l'accueil des toxicomanes (un éducateur spécialisé), mais sans reconnaissance officielle ni financement spécifique.

Ces centres d'accueil déclarent globalement, pour l'année 1999, une file active d'environ 1900 toxicomanes<sup>56</sup>, sachant que cette population est estimée au total à environ 3000 sur le département, soit une couverture de 63 %. C'est bien d'une estimation dont il s'agit, connaissant les difficultés à évaluer de manière fiable cette population. Les sources disponibles relèvent à la fois des taux de fréquentation des centres spécialisés, centralisés par la Direction Générale de la Santé et l'Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies, croisés avec les chiffres des services de la répression. On voit bien ici que ces chiffres peuvent être superposables et que les taux de correction, dont je ne connais pas précisément les

---

<sup>56</sup> Dont un peu plus de 150 ont été mis sous programme de substitution à la méthadone. Les chiffres concernant le Subutex ne sont pas disponibles.

critères de fixation, n'ont une réelle fiabilité que dans le champ de l'épidémiologie<sup>57</sup>. Pour autant et après une rapide enquête, cette estimation semble être validée par la majorité des intervenants spécialisés du département.

### **1-3) Hébergement spécialisé**

Il existe sur le département trois Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH) :

⇒ Un pavillon de 12 places au Centre Hospitalier Spécialisé de Jury-les-Metz (rattaché à l'IPM) permet d'effectuer des sevrages et la mise en place de programmes de substitution à la méthadone, 3 places étant réservées pour les situations de crises et accueils d'urgence.

⇒ Deux CSSTH relevant d'associations différentes sont également implantés, l'un depuis 20 ans en milieu rural à Foville (CMSEA), l'autre depuis 1994 en milieu urbain à Forbach (Association Alfise), ce dernier rencontrant depuis quelques années des problèmes structurels récurrents qui mettent en jeu aujourd'hui sa survie.

De plus le CSST relevant du CMSEA (cf. § précédent) gère 4 places en appartements thérapeutiques relais sur Metz et 4 places pour des chantiers extérieurs, ainsi qu'un réseau de 28 familles d'accueil à Luzech dans le Lot, pour un agrément de 14 places.

### **1-4) Prévention**

Deux services de prévention des toxicomanies existent en Moselle :

⇒ le premier œuvre dans le périmètre du Contrat de Ville de l'agglomération de Thionville (ERPTS : Espace-Ressource Prévention Toxicomanie et Sida, de l'association Emergence), très axé sur la ressource documentaire,

⇒ le second, le Service « En Amont » Prévention des Toxicomanies, relève du CMSEA, avec une compétence départementale.

Outre les actions classiques de prévention (milieu scolaire et social, etc.), le Service « En Amont » gère un Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP) sur Forbach, un bus de prévention « InfoCAR en Moselle » (santé, toxicomanies, conduites à risques), une pièce de Théâtre Interactif « Hors Piste » (de type théâtre-forum), développe un programme de prévention de l'hépatite C avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, et participe,

---

<sup>57</sup> J'ai déjà fait remarquer que des différences sensibles existent en matière de répression d'une part, une

avec l'Intersecteur des Pharmacodépendances de Moselle et quelques autres partenaires sur Metz, au programme TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues), mis en place par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

### **1-5) Autres services**

D'autres associations, services et programmes sont également développés au niveau local, départemental, régional, interrégional et européen.

Dans le champ sanitaire :

⇒ Un distributeur de seringues est implanté à Metz.

Dans le champ de la réduction des risques :

⇒ Une association d'Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD-Lorraine) développe une politique de réduction des risques chez les toxicomanes actifs sur l'axe Metz-Thionville.

⇒ Une association d'anciens étudiants, *Pushing*, développe une action de réduction des risques dans les soirées « rave ».

Dans le développement des réseaux :

⇒ Un Réseau toxicomanie-ville-hôpital existe depuis plusieurs années sur l'axe Metz-Thionville, ainsi qu'un Réseau ville-hôpital pour les hépatites, sur le même espace.

⇒ L'association Formations Etudes Toxicomanies Est (F.E.T.E.) regroupe des structures spécialisées de Lorraine, d'Alsace et de Franche-Comté, et organise des formations de niveau I (pour les personnes non spécialisées, professionnels et/ou bénévoles), niveau II (pour les professionnels en toxicomanie) et niveau III (formation de formateurs). Je préside actuellement cette association.

Au niveau européen :

⇒ Le Groupe Européen d'Echange Rhin-Meuse-Moselle (GEERMM-Europe), dont j'assume depuis six années le secrétariat général, développe des programmes transfrontaliers (France nord-est, Belgique francophone, Luxembourg, Allemagne [Sarre et Bade Wurtemberg], Pays-Bas [Limbourg] ) en matière de prévention et d'accompagnement, avec le soutien de la Commission Européenne.

---

différence relevant d'autre part du niveau local d'équipement spécialisé (potentiel d'accueil).



⇒ Une petite association franco-allemande existe également sur le secteur du bassin houiller, Euro-AST (Aide et Soutien aux toxicomanes).

En ce qui concerne enfin le milieu scolaire, il convient de citer les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) qui émargent sur les budgets de la MILDT. Il existe en Moselle 39 CESC, dont 5 inter-établissements, impliquant 48 établissements scolaires sur 180 au total, collèges et lycées inclus.

Bien que ce tour d'horizon apparaisse comme assez complexe, voire manquant de cohérence dans sa configuration, il permet d'appréhender l'ensemble du dispositif départemental, quelquefois critiqué pour l'importance de son équipement, notamment au regard de déséquilibres régionaux. Mais il montre par ailleurs un souci de développement, de concertation entre les structures (F.E.T.E., GEERMM), d'une dynamique volontariste qui permet à la Moselle d'être souvent en avance face aux problèmes émergents (Sida, hépatites, etc.). Rappelons pour exemple que le GEERMM-Europe, qui trouve sa genèse à Metz en 1986, est le premier réseau européen créé dans ce domaine et cité en exemple au Journal Officiel des Communautés Européennes en 1991.

Reste une critique en ce qui concerne la couverture départementale globale, pour laquelle on constate que l'axe Metz-Thionville est nettement privilégié, au détriment de la partie orientale (Forbach, Sarrebourg, Château-Salins). C'est surtout pour cette raison que ma réflexion et mes propositions vont dans le sens du développement d'un Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur le secteur géographique du bassin houiller. C'est un secteur particulièrement touché par des problèmes économiques (fermeture des Houillères) et confronté aux problèmes sociaux qui en découlent ; la toxicomanie en faisant naturellement partie, y compris si on considère la proximité frontalière de l'Allemagne, avec les effets d'attraction liés aux décalages juridiques<sup>58</sup> (dépénalisation, accueil à très bas seuil, salle d'injection à Sarrebruck, etc.).

Dans cette configuration générale de l'équipement spécialisé départemental, il faut souligner la grande implication du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de

---

<sup>58</sup> Pour plus de précision : POISSON D., *Prise en charge des toxicomanes : une problématique transfrontalière, étude juridique et sanitaire*. Mémoire de Diplôme Universitaire de 3<sup>ème</sup> cycle « Politiques européennes de santé », Université de Nancy I (Faculté de Médecine, Département de Santé Publique) et Université de Nancy II (Centre Européen Universitaire), mai 1995.

l'Adolescence et des Adultes (CMSEA), qui gère un certain nombre d'établissements et de structures, et qu'il convient de présenter maintenant.

## **2) Au Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA)**

Le CMSEA a été créé en 1950, et gère en Moselle une quarantaine d'établissements et services, pour environ 900 salariés, dans les champs de la déficience intellectuelle, de l'insertion, de la prévention spécialisée, des troubles des conduites sociales et du comportement, des toxicomanies et dépendances.

Association de Loi 1908 régie par le Code Local particulier d'Alsace et Moselle, le CMSEA, dans la refonte de son Projet Pédagogique Global, réaffirme le caractère humaniste de son action et la place centrale de l'individu à tous les niveaux de l'intervention. Ces principes sont par définition au cœur de tous les projets pédagogiques et thérapeutiques des établissements et services du CMSEA. Ils sont la pierre angulaire du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies que je suis chargé de mettre en œuvre.

Je m'intéresserai plus particulièrement au secteur de la toxicomanie, dans la mesure où la mission qui m'est confiée actuellement a pour objet, à l'interne, la mobilisation de toutes les ressources associatives dans ce domaine.

Nous avons déjà vu au paragraphe précédent, déclinés par types d'interventions, les services relevant de cette association. Ces services sont gérés par le CMSEA au travers de deux établissements : le Service Ecoute Accueil Echange (S.E.A.E.) et le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes (CSST) appelé « Porte des Allemands » à cause du lieu de son implantation sur Metz.

### **2-1) Le Service Ecoute Accueil Echange (S.E.A.E.)**

Il est composé de trois équipes :

⇒ Le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement de Foville (CSSTH), d'une capacité de 12 lits avec possibilité d'accueil de toxicomanes inscrits dans des programmes de substitution.

⇒ L'équipe de prévention spécialisée «Equipe-Rue », implantée sur Metz à destination des jeunes de Metz et des quartiers périphériques. La toxicomanie n'entre pas dans les champs de compétences de cette équipe, mais son appartenance au S.E.A.E. lui permet de porter une attention particulière aux problèmes de

consommations et d'abus de substances psychoactives chez les jeunes dont elle a la charge.

⇒ Le Service « En Amont » Prévention des Toxicomanies qui développe son activité sur l'ensemble du département et gère sur le bassin houiller (dans le cadre du contrat de villes) un Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP).

Organigramme global du S.E.A.E. :

Directeur :	1	ETP
Chefs de Services :	3	ETP
Secrétaires :	3	ETP
Educateurs Spécialisés :	13,50	ETP
Psychologue :	0,10	ETP
Médecin :	0,15	ETP
Emplois-Jeunes :	5	ETP
Services généraux :	<u>0,30</u>	<u>ETP</u>
Total	26,05	ETP

## **2-2) Le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes « Porte des Allemands »**

Cet établissement assure les prises en charge médico-psychologiques, sociales et éducatives des personnes pharmacodépendantes, dans le cadre d'une prise en charge globale.

Animé par des équipes pluridisciplinaires, il propose plusieurs espaces en interaction, ayant des fonctions différentes et complémentaires :

⇒ Accueil et suivi :

- le Point de Contact (« Boutique »)
- le service d'accueil et de soins.

⇒ Outils de prises en charge spécifiques :

- le service de substitution (centre méthadone)
- des appartements thérapeutiques
- un réseau de familles d'accueil
- un « espace sport thérapie »<sup>59</sup>

Organigramme global du CSST « Porte des Allemands » :

---

<sup>59</sup> Il s'agit d'un relais, dans un centre situé à Millau, destiné à l'organisation ponctuelle de sessions sportives à visée thérapeutique pour des petits groupes de toxicomanes suivis au CSST.

Directeur :	1	ETP
Chefs de service :	2	ETP
Secrétaires :	2,50	ETP
Educateurs Spécialisés :	7,50	ETP
Conseillère en Economie Sociale Familiale :	0,75	ETP
Maîtresses de maison :	3,25	ETP
Infirmiers :	2,50	ETP
Médecins :	<u>1,25</u>	<u>ETP</u>
Total	20,75	ETP

A ces deux établissements, il convient d'ajouter un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sur la commune de Behren-Les-Forbach, cofinancé par la Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997) et la municipalité concernée. Ce PAEJ est sous la responsabilité pédagogique du Chef de Service de l'équipe de prévention spécialisée de Forbach et devrait être transformé en équipe de prévention spécialisée en 2001, permettant le transfert du financement d'Etat vers le PAEJEP intercommunal créé à Forbach sous la responsabilité du Service « En Amont ».

Ce descriptif définit donc les ressources sur lesquelles je suis susceptible de pouvoir m'appuyer pour mettre en œuvre le dispositif d'interventions qui fera l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

Mais il m'apparaît important de souligner surtout les logiques différentes qui sous-tendent l'organisation de ces deux établissements spécialisés, le S.E.A.E. et le CSST «Porte des Allemands» :

- Pour le premier, il s'agirait plutôt d'une logique de diversification et d'ouverture vers plusieurs champs d'intervention : postcure, prévention spécialisée en direction des jeunes, prévention des toxicomanies, développement de réseaux élargis (interrégional pour F.E.T.E., européen pour le GEERMM-Europe). Cette diversité, au-delà de sa richesse propre, pose quelquefois la question de la cohérence interne entre les champs de compétence mobilisés.

- Pour le second, il s'agit plus d'un centrage autour de l'accompagnement des personnes toxicomanes, par une multiplication des outils d'interventions à disposition des professionnels.

Je ne pense pas que ces logiques soient excluantes l'une de l'autre, mais peuvent se au contraire se travailler dans une perspective de complémentarité. Bien entendu, des logiques d'établissements, pour ne pas dire de concurrence, sont également à l'œuvre qui nécessiteraient une réflexion approfondie au niveau associatif, pour une configuration plus facilement appréhendable des niveaux d'intervention, comme par exemple un regroupement des moyens destinés à l'hébergement (postcure, appartements relais, familles d'accueil) ou de ceux consacrés à une intervention plus préventive. Mais cette évolution relève d'une autre compétence que la mienne, sauf à considérer que l'organisation que je vais décliner puisse servir de base à la mise en chantier d'une telle restructuration.

## **CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE**

A l'issue de cette partie, on distingue plus clairement le cadre général dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la toxicomanie, avec au fil du temps les influences externes, internationales (et aujourd'hui surtout européennes) et internes, l'arrivée du sida ayant notamment entraîné un changement de matrices disciplinaires qui a profondément modifié la conception et l'organisation du dispositif national.

Sur cette base, complétée d'une appréhension plus précise de la configuration départementale de la Moselle et du degré de participation du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA), on peut prendre la mesure de l'espace dans lequel j'envisage d'inscrire une approche différente des questions de toxicomanies.

A partir des concepts d'usages, d'abus et de dépendances, que les instances gouvernementales et interministérielles ont récemment mis en avant, c'est une prise en charge globale de ses problèmes de toxicomanies, autour d'une mobilisation cohérente des moyens internes au CMSEA, et sous un angle socio-éducatif, complémentaire de l'accompagnement sanitaire actuellement en plein essor, que je propose de mettre en place un Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **« Le Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est »**

## **INTRODUCTION A LA DEUXIEME PARTIE**

Concevoir et mettre en œuvre un dispositif d'intervention nécessite d'avoir une vision précise des objectifs de cette intervention, à partir desquels seront déclinées les modalités d'action nécessaires à rendre ces objectifs opérationnels, pour le meilleur service aux bénéficiaires, tant dans les possibilités d'accès au dispositif que pour l'exercice de leur citoyenneté et le respect de leurs droits.

Une de ces modalités d'action, et non la moindre, sera d'organiser ce dispositif à l'interne en tenant compte de toutes ses composantes (composition des équipes, management, budgets, équipements, articulation des responsabilités et des compétences, etc.), pour garantir son adéquation au projet initial.

Comme nous le verrons, la configuration de ce dispositif est particulière, qui implique plusieurs établissements du CMSEA, sans qu'une délégation de pouvoir ne me soit réellement confiée<sup>60</sup>. Pour l'heure, ma fonction de coordination s'apparente plutôt à une charge de mission, c'est ce qui ressortira de ma description de la situation présente. Bien que ce type de construction soit de plus en plus exploité dans le travail social, ouvrant sur des modèles d'intervention intéressants par ailleurs, on imagine difficilement sa viabilité à terme, à l'interne d'une grosse association dont l'organisation générale relève d'un fonctionnement hiérarchique somme toute assez traditionnel.

Au regard de la mission qui est la mienne, je laisserai de côté certains aspects de la fonction de direction, comme la gestion financière, sur laquelle je n'ai pas de responsabilité directe, mais dont un exposé figurera en annexe, pour éclairer cette dimension par ailleurs non négligeable dans la construction d'un projet social.

Je centrerai mon propos sur l'exposé et l'analyse critique de la configuration actuelle du dispositif, afin de dégager les propositions qui permettraient à mon sens de renforcer la dynamique associative dans le contexte d'évolution politique précédemment détaillé.

Mais il faudra aussi poser la question des critères qui permettront la construction de ce dispositif et celle de sa caractérisation pour son inscription dans l'environnement local et les schémas d'organisation des secteurs sociaux et médico-sociaux. En ce sens, je soutiens l'idée que ce Dispositif, bien que n'étant pas actuellement un établissement à part entière, doit pouvoir intégrer à terme le cadre de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions

---

<sup>60</sup> Ou pour dire autrement : la fonction sans le statut. On peut faire le parallèle avec les cadres fonctionnels des entreprises, mais en l'occurrence il n'y a pas de financement spécifique sur ce poste et je suis par ailleurs impliqué en tant que chef de service éducatif dans un de ces établissements.

sociales et médico-sociales<sup>61</sup>. La réforme de cette loi prévoit en effet l'extension des catégories d'établissements<sup>62</sup> qui relèvent de cette réglementation (extension dans laquelle ce Dispositif peut se reconnaître) et décrit les missions d'intérêt général et d'utilité sociale que recouvre également mon projet : « prévention et dépistage du risque social et médico-social, information, formation, conseil et expertise, accessibilité, orientation et médiation, [...] actions médico-éducatives, thérapeutiques et pédagogiques sous forme de prestations ambulatoires en milieu ordinaire, à domicile ou en établissement ou service »<sup>63</sup>. Rappelons aussi que le Plan Triennal de la MILDT (cf. § 3-2, p. 33) prévoit cette intégration à l'horizon 2001/2002, et qu'il convient de tenir compte de cette orientation.

Je ne rappellerai pas cette perspective, prématurée dans le contexte actuel, tout au long de cette partie, mais elle sera sous-jacente dans l'ensemble de ma réflexion et de mes propositions.

---

<sup>61</sup> Le terme de « Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie » apparaît dans l'article 9 du projet de loi présenté par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité en Conseil des ministres du 26 juillet 2000. (rapporté dans Travail Social Actualités n°795 du 1<sup>er</sup> septembre 2000).

<sup>62</sup> « Les établissements et services comportant ou non un hébergement qui assurent l'accueil et l'accompagnement social ou médico-social de personnes en difficulté ou en situation de pauvreté, ainsi que de publics spécifiques ou atteints de pathologies chroniques », in *Projet de réforme de la loi du 30 juin 1975*, Document de travail, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, décembre 1998.

<sup>63</sup> *Ibidem*.



## Chapitre I

### Un projet innovant d'intervention sociale autour d'une approche globale de la prise en charge des questions de toxicomanies

Ce projet vise l'élaboration d'un dispositif institutionnel, mobilisant les moyens spécialisés internes à l'association gestionnaire, pour une amélioration du service et au bénéfice des usagers et des professionnels confrontés à ces problèmes : le Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est.

#### **1) Une dynamique d'innovation**

La définition même de ce Dispositif, dans l'articulation de ses niveaux d'interventions, représente une nouveauté au regard de la construction institutionnelle, somme toute assez classique dans sa configuration, des établissements chargés de l'accueil et de l'accompagnement des toxicomanes. Nouveauté au sens notamment d'une orientation socio-éducative très forte, visant à contrebalancer l'importante médicalisation actuellement à l'œuvre dans ce domaine. J'entends par là que le secteur associatif doit être en mesure de mobiliser ses compétences et son expérience dans un domaine d'investigation qui est sa référence, plus sans doute que le champ sanitaire et qu'il doit développer son action dans l'esprit notamment des orientations de la loi n°98-657 relative à la lutte contre les exclusions (prévention, insertion, accès aux soins, citoyenneté, éducation, etc.).

Ceci ne signifie pas faire table rase de l'expérience accumulée, bien au contraire, mais plutôt d'organiser une différenciation plus évidente des champs de compétence mobilisés, y compris et surtout dans le droit commun, avec un soutien actif, dans ce dernier cas, des spécialistes du dispositif, dans le même esprit que ce qui est développé dans le sanitaire avec les équipes de liaison<sup>64</sup>.

Il conviendra donc de considérer la validité du niveau de réponse de chaque acteur, interne comme externe au Dispositif et d'accepter que personne ne détienne une solution radicale ou permanente face à ces questions, comme le souligne Jean-Yves Trépos<sup>65</sup>, professeur de sociologie à l'université de Metz. Si cette forme d'approche présente des avantages intéressants en termes de service à rendre, elle ne va pas de soi dans sa mise en œuvre, au sens où elle interroge fondamentalement la question de l'expertise. L'expertise

---

<sup>64</sup> Circ. DGS/SP3/DH/EO2 n°99-346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.

renvoie à la qualité de l'équipement d'une structure, mais il est nécessaire de rester perméable à l'événement afin de ne pas figer les capacités de réaction de tous les intervenants<sup>66</sup>.

C'est donc bien au travers d'une politique de proximité que ce dispositif doit construire son efficacité et devenir un pôle de référence au service de la population de ce bassin géographique, comme soutien et relais en coopération avec les autres partenaires sociaux, sanitaires et médico-sociaux. C'est la question centrale des partenariats et des réseaux qui est naturellement interrogée ici.

De plus et à partir des analyses de H. Bergeron<sup>67</sup>, il me semble que cette méthode est susceptible d'éviter, ou tout au moins de limiter, les écueils du cloisonnement et de la concurrence, voire même du clientélisme et de la chronicisation des usagers. C'est dans cet esprit que nous prenons quelques distances avec le terme de « filière », même si la structure du Dispositif Coordonné, dans sa logique interne, s'apparente aux « filières ambulatoires » telles qu'elles existent en milieu hospitalier. Il s'agit bien en effet d'être pour l'ensemble des partenaires, professionnels ou non, un espace relativement souple (le secteur associatif est un atout) à vocation polyvalente visant à faciliter le diagnostic, le bilan et l'élaboration concertée d'un projet d'accompagnement.

En ce qui concerne les risques de chronicisation des usagers, rappelons comme l'a souligné Robert Castel<sup>68</sup> que les institutions spécialisées sont loin d'être les seuls recours pour les toxicomanes. En fonction de leur trajectoire, bon nombre d'entre eux peuvent mobiliser d'autres ressources (sociales, familiales, professionnelles, etc.) et il paraît beaucoup plus intéressant d'organiser le dispositif pour qu'il soit lui-même un appui complémentaire à tous les niveaux de cette trajectoire. En ce sens, la question de la participation individuelle et collective des usagers devient un instrument majeur pour l'adéquation du Dispositif à la réalité du terrain, ainsi qu'une garantie d'accessibilité à l'ensemble de la structure.

Enfin l'évaluation, globale et niveau par niveau, devra donner la pleine mesure de la pertinence de ce type d'approche et des orientations nécessaires.

---

<sup>65</sup> TREPOS J-Y., *Un apprentissage de l'incomplétude : dix ans de travail transfrontalier en toxicomanie dans le bassin Rhin-Meuse-Moselle*, GEERMM et Commission Européenne, 1996

<sup>66</sup> TREPOS J-Y., *Prévention des toxicomanies : concepts théoriques et méthodologie*, Actes de l'Université d'Eté « Ecole et environnement social en Europe : pour une prévention des toxicomanies et des conduites à risques », GEERMM-Europe et Commission Européenne, Metz, 1995.

<sup>67</sup> BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie : Histoire d'une singularité française*, PUF Sociologies, 1999.

<sup>68</sup> CASTEL R., *Les sorties de la toxicomanie*, Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse, 1998. On retrouvera le développement de cette théorie au § 4-1, p. 55.

## 2) Description de l'intervention

Ce Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est articulera trois niveaux d'interventions, que j'appellerai « axes », en référence aux concepts d'usage, d'abus et de dépendance.

On verra naturellement les limites, quelle que soit la pertinence des définitions qui seront proposées, dans la détermination des critères du diagnostic. Les frontières entre ces axes ne sont pas imperméables, même si il est utile d'opérer les distinctions théoriques qui s'imposent et de différencier les niveaux d'intervention. Je reviendrai ultérieurement sur ce point, dans la mesure où ce projet de service vise expressément à ne pas « figer » chaque axe dans sa compétence propre, afin justement de tenir compte des écarts qui peuvent apparaître (à l'interne comme à l'externe du Dispositif) dans l'analyse et les représentations des problèmes à traiter.

On peut donc caractériser chaque axe de la façon suivante<sup>69</sup> :

Axe 1 « Usages » : Les usages sont définis comme des consommations qui ne comportent ni complications somatiques ni dommages. Ajoutons à cette définition que dans le registre des usages, la question du lien social n'est pas interrogée (même si le risque de rupture est toujours potentiellement présent). Ce qui signifie que le travail devra être orienté vers le maintien de ce lien, notamment au travers d'une recherche d'évolution des représentations sociales sur ces problèmes, étant entendu que cette évolution concerne aussi bien le monde adulte (professionnel ou non) que le public jeune lui-même, dont l'expérience montre que le degré d'information est souvent discutable. Ce premier niveau d'intervention mobilisera donc en priorité, par une approche sociale et éducative, les ressources de la prévention des toxicomanies et plus particulièrement ici le Service « En Amont » (Cf. § 1-4, p. 38).

Axe 2 « Abus » : L'abus (usage nocif) se caractérise par une consommation importante et répétée entraînant des dommages sanitaires et sociaux pour la personne concernée et/ou son environnement. A ce niveau, les situations de « défonces » et de comportements parfois paroxystiques provoquent un certain délitement du lien social, aussi bien dans le cadre familial que scolaire ou professionnel (décrochage patent). On peut estimer que des problèmes individuels sous-jacents sont à explorer, d'abord sous l'angle socio-

---

<sup>69</sup> Les définitions sont extraites du *Rapport d'étape* de la MILDT (*Op. cit.*) et les concepts s'appuient notamment sur les définitions de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé et du *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV)* de l'Association Américaine de Psychiatrie, référencées dans : PARQUET P.-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, usage, usage nocif, dépendance*, CFES, 1998.

éducatif pour limiter les phénomènes de stigmatisation, mais avec des ressources et des relais médico-psychologiques lorsque des phénomènes de décompensation sont détectés. L'intervention sera ici concrétisée par la mise en place d'un Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP), visant à la prévention de la toxicomanie, entendue ici comme passage de l'abus à la dépendance, intégrant un objectif plus global de prévention de la marginalisation et de l'exclusion<sup>70</sup>. A ce titre, le PAEJEP dépendra également du Service « En Amont », plus spécifiquement compétent dans ces domaines que la prévention spécialisée, qui gère aussi un Point Accueil Ecoute Jeune communal, dont la fermeture au profit du PAEJEP est programmée à moyen terme (Cf. § 2-2, p. 43).

Axe 3 « Dépendances » : La dépendance peut être physique et/ou psychique, elle se définit par l'existence d'une tolérance au produit et d'un syndrome de sevrage. Cette définition relevant de la psychologie et de la psychiatrie, indépendamment de sa valeur intrinsèque, n'approche que de très loin les processus de marginalisation et d'exclusion qui sont régulièrement à l'œuvre à ce niveau. J'utilise sciemment le terme de processus, car si le lien social peut apparaître ici rompu (et même si c'est malheureusement vrai dans certains cas), nous verrons ultérieurement (Cf. § 4, p. 55 sur la participation des usagers) que les analyses de Robert Castel sur les phénomènes de contrôles laissent entrevoir des possibilités d'interventions et des points d'appui non négligeables dans les différents registres où le lien social peut être réactivé. Il s'agira donc à ce niveau d'organiser un accueil et un accompagnement des toxicomanes, y compris par l'hébergement de type postcure ou appartement thérapeutique relais. Les modalités d'accompagnement relèveront d'une compétence socio-éducative (cf. supra « Introduction »), notamment au regard des autres structures œuvrant sur ce secteur et dans l'objectif d'organiser des complémentarités plutôt que des doubles emplois ou des concurrences.

A ces axes s'ajoute une intervention plus transversale, dans le registre de la réduction des risques, qui doit être en mesure de participer à chaque niveau de manière adaptée, mais pour laquelle l'axe 3 « Dépendances » reste un point d'ancrage privilégié. Il me semble également que cette dimension relève plus, tout au moins dans l'esprit de ce Dispositif, du champ éducatif (travail sur la prise de conscience des risques encourus et des dommages potentiels à partir de la situation de la personne, aussi bien dans le cadre de la prévention que de l'accompagnement), que du domaine sanitaire pur, même si la mise à disposition de

---

<sup>70</sup> Circulaire n°97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points « Ecoute » pour les jeunes et/ou parents.

moyens spécifiques, tels que les échanges de seringues par exemple, peuvent être un appui pertinent.

Enfin, dans le cadre du travail avec les instances judiciaires et plus particulièrement avec le Parquet de Sarreguemines, la prise en charge des mesures de classement/orientation pour les infractions mineures à la législation sur les stupéfiants<sup>71</sup> sera également assurée, une approche socio-éducative dans ce domaine étant préférée à l'approche médicalisée de type injonction thérapeutique.

Au bout du compte, l'originalité de ce Dispositif Coordonné d'Intervention en Toxicomanies est de permettre une différenciation des niveaux d'intervention, garantie par une cohérence interne<sup>72</sup> sur laquelle je reviendrai en détail au chapitre suivant, et d'être à la disposition des usagers et des partenaires, en s'appuyant sur leurs propres ressources, pour favoriser l'élaboration commune de réponses adaptées. On retrouve à ce stade de la réflexion l'interrogation précédente sur la référence à l'expertise, qui ne doit pas servir à mon sens à phagocytter un champ d'intervention, mais plutôt offrir des ouvertures vers d'autres pratiques, et développer des réciprocitys avec d'autres expertises, au service bien compris du public concerné. Pour dire autrement, prise en charge globale ne veut pas dire tout faire, à tous les niveaux, au risque d'un totalitarisme institutionnel générateur aussi bien de violences internes que d'exclusion d'un certain type de population, comme l'analyse de Bergeron<sup>73</sup>, sur l'enfermement du dispositif spécialisé en toxicomanie dans le « paradigme psychanalytique », l'a démontré.

Au regard de la mission qui m'est confiée, j'entends donc développer une mise en réseau d'institutions et d'intervenants, pour aider à l'analyse des situations rencontrées, et favoriser l'élaboration de réponses adaptées. Le partenariat, les coopérations et l'inscription dans l'environnement, pour la mise en œuvre des missions du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies, seront les éléments déterminants d'une dynamique cohérente.

---

<sup>71</sup> Circulaire du Garde des Sceaux n° nor :jus A 9900148 C du 17 juin 1999.

<sup>72</sup> Cf. supra « Introduction ». Je reprends ici à mon compte l'analyse de Claude JACOB, praticien hospitalier chef de service de l'Intersecteur des Pharmacodépendances de Moselle, qui soutient qu'une des caractéristiques du toxicomane est de fonctionner dans l'indifférenciation, et que justement la différenciation des niveaux d'interventions et des champs de compétences participe de l'action thérapeutique, et permet d'éviter les « effets miroir ».

<sup>73</sup> BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie : Histoire d'une singularité française*, Op. cit.

### **3) Partenariats, coopérations et réseaux**

Il me semble intéressant de marquer une distinction entre ces trois termes, qui recouvrent à mon sens des réalités différentes.

#### **3-1) Partenariat**

En référence à sa définition (de l'anglais «partner»), il s'agit de créer des alliances contre un adversaire. Si on considère que «l'adversaire» en l'occurrence est la toxicomanie (et non bien sûr le toxicomane), alors le partenariat sera légitimé entre des champs de compétences complémentaires impliqués spécifiquement dans ce domaine : le social et le sanitaire par exemple, ou avec la justice. Ces partenariats seront mis en œuvre localement, dans le cas du sanitaire, avec tous les acteurs concernés, que ce soit au niveau hospitalier général ou spécialisé (sevrages, prise en charge des problèmes somatiques, aide au diagnostic psychiatrique et suivis spécifiques éventuels, etc.) et avec la médecine de ville (substitution au Subutex®, relais méthadone, articulation médical/socio-éducatif, etc.). Chaque fois que nécessaire, des conventions pourront être passées, qui formaliseront ces partenariats. Je pense que des conventions sont utiles lorsque l'action a été concrètement mise en œuvre, afin de la cadrer et éventuellement de lever des zones d'ombre, plutôt qu'en amont de cette action, où elles risquent de la figer si elles sont trop précises, ou la diluer si elles sont trop évasives. Le «tout convention» qui est de mode actuellement ne me semble pas être forcément la meilleure méthode pour une garantie d'efficacité<sup>74</sup>, sauf à contraindre certaines institutions à l'ouverture. Cela dit, il conviendra naturellement de rester vigilant sur les problèmes d'influence, voire de concurrence, qui sont souvent à l'œuvre dans le partenariat et nuisent à son action.

Je suis d'ailleurs bien conscient que l'absence de délégation dans ma fonction de coordination est susceptible de limiter mon champ d'action dans ce domaine. Toute décision de conventionnement devra être portée par l'association, ceci d'autant plus qu'elle engagerait plusieurs établissements impliqués dans le Dispositif.

#### **3-2) Coopération**

Entendue au sens de participer à une œuvre commune, la coopération, en termes d'aide et d'appui, me semble être une formule intéressante dans la réciprocité des actions à mener avec le secteur social et médico-social non spécialisé, dans le cadre par exemple de

l'hébergement social, de la réinsertion, de suivis en parallèle avec ses services, chacun apportant la contribution de son champ de compétence pour l'efficacité et la cohérence d'une prise en charge globale et concertée.

Cette distribution me semble pouvoir être largement portée par les acteurs de première ligne, mon rôle étant plus dans la facilitation et le soutien institutionnel à ces coopérations.

### **3-3) Réseaux**

Beaucoup de définitions existent qui paradoxalement, alors que les réseaux ne cessent de se multiplier dans le champ social, n'ont jamais éclairé cette dynamique spécifique, sauf à la renvoyer à une « modélisation neurologique ou informatique »<sup>75</sup>. Pour les sciences sociales, Boltanski et Chiapello parlent de « recherche de concepts pour identifier des structures faiblement, voire pas du tout, hiérarchiques, souples et non limitées par des frontières tracées *a priori* ». Cette piste me paraît pertinente au regard de la philosophie du projet que je mets en place, d'autant plus que, en accord avec ces auteurs pour considérer que le réseau est générateur d'innovation et de créativité, cette philosophie se retrouve dans le fait que « La créativité [...] relève de la recombinaison plutôt que de l'invention *ex nihilo* et prend facilement une forme "distribuée" (comme on parle "d'intelligence distribuée"), la charge de l'innovation étant répartie entre des acteurs différents »<sup>76</sup>. L'expérience du Service « En Amont » de prévention des toxicomanies, qui mène depuis trois ans une dynamique de constitution de réseaux sur le secteur géographique du Dispositif Coordonné, reflète parfaitement cette proposition. On comprendra d'ailleurs que cette dynamique est une des pierres angulaires de la mise en place de ce Dispositif, dans la mesure où elle réunit toutes les compétences nécessaires (sociales, médico-sociales, sanitaires, scolaires, politiques, etc.). Elle peut représenter à la fois un modèle pour une reproduction aux différents niveaux, mais aussi un espace d'évaluation du Dispositif, pour peu qu'on soit attentif aux attentes et aux critiques et que ce réseau soit véritablement un lieu de circulation de l'information, en considérant de plus qu'il ne s'oppose pas aux partenariats et coopérations, mais les complète.

Si je traite à ce niveau d'une dynamique de réseaux entre le Dispositif et son environnement extérieur, il ne nous échappera pas que sa configuration interne s'apparente également à un réseau, ce qui ne va pas sans générer des interrogations : est-il possible et surtout viable, dans un champ de compétence délimité, de mettre en place une politique de

---

<sup>74</sup> On trouvera un exemple éclairant dans l'expérience passée entre le CMSEA et le CHS de Sarreguemines (cf. § 2, p. 63).

<sup>75</sup> BOLTANSKI L. & CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999

réseau entre des établissements d'une même association, sans questionner à moyen terme la forme institutionnelle et ouvrir des perspectives de restructuration? Je pense que cette réflexion va traverser de façon permanente l'ensemble de cette présentation.

Il ne me paraît pas utile à ce stade de détailler plus précisément tous les services (et ils sont nombreux) que j'envisage d'impliquer dans cette politique de développement, sauf à dire qu'il s'agit essentiellement, dans ce cadre, des usagers du Dispositif Coordonné relevant des différents champs professionnels concernés. Mais il faut également s'interroger sur l'implication des autres usagers, à savoir les personnes elles-mêmes en difficulté, les jeunes, les toxicomanes, les parents, ce que je me propose d'aborder maintenant.

#### **4) Participation des usagers**

##### **4-1) Quelques appuis théoriques**

Au-delà de la question centrale du droit des personnes et de son nécessaire exercice (et ceci quels que soient les institutions et services concernés), il m'a semblé pertinent de renvoyer cette réflexion au regard des particularités du champ de la toxicomanie et de l'intérêt spécifique de la participation des usagers dans ce champ. Je m'appuierai largement sur les concepts de contrôles sociétaux, d'hétéro-contrôles et d'auto-contrôles développés par Robert Castel<sup>77</sup>, dont une définition synthétique serait la suivante :

⇒ Contrôles sociétaux : Ce sont les pressions de l'environnement qui ont une influence sur le comportement et la conduite du toxicomane. L'entourage exerce des contrôles sociétaux qui ne mobilisent pas la compétence technique des professionnels, mais qui sont permanents. Ils peuvent se manifester par le rejet et l'exclusion, ou par des ressources et des supports, peuvent être sanctionnants ou aidants.

⇒ Hétéro-contrôles : « Ils sont *politiques* en ce sens qu'ils sont l'effet d'une construction volontaire pour combattre un fléau social. Ils sont aussi *artificiels* en ce sens qu'ils construisent de toutes pièces des appareils qui se superposent aux régulations spontanées ou traditionnelles : des institutions, des professionnels, des savoirs et des réglementations spécialisées »<sup>78</sup>.

⇒ Auto-contrôles : Ils renvoient à la consommation de drogues comme mode de vie, et partent du principe que le toxicomane n'est pas un individu totalement désocialisé,

---

<sup>76</sup> *Ibidem.*

<sup>77</sup> CASTEL R. & COPPEL A., « Les contrôles de la toxicomanie » in EHRENBERG A. (s/s la dir. de), *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1991, et CASTEL R., *Les sorties de la toxicomanie*, Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse, 1998.

<sup>78</sup> CASTEL R. & COPPEL A., *Op. cit.*



et qu'il reste un sujet social. Il doit donc d'une part organiser et gérer ses relations aux gens « normaux », d'autre part développer des capacités d'adaptation et de vigilance dans le milieu de la drogue, qui a lui-même ses règles. Cette double exigence intègre en partie les contrôles sociaux et légaux, et peut conduire soit à une instrumentalisation des hétéro-contrôles, soit à des processus de chronicisation. C'est donc bien en tenant compte de ce registre des auto-contrôles<sup>79</sup> qu'on entrevoit la richesse d'une participation des usagers, autant pour la qualité de la prise en charge que pour le respect de l'individu comme citoyen de droit.

Mais compte tenu de la diversité des niveaux d'interventions, et des différences de publics cibles pour chacun de ces niveaux, tels que je les développerai dans le paragraphe « Etude de population » (cf. § 1, p. 61), il ne me semble pas objectivement réaliste d'envisager, au moins dans un premier temps, la participation des usagers dans la globalité de ce Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies. J'insiste bien ici sur le terme de globalité, ou pour le dire autrement dans la transversalité qui caractérise le Dispositif. Il ne s'agit en aucun cas d'évacuer le problème mais bien, dans la configuration actuelle, de tenter de le décliner de manière progressive et en se donnant les moyens d'en mesurer les impacts niveau par niveau.

A partir de cette position, la question reste donc essentielle dans chaque axe, non seulement au regard d'une volonté politique qui oriente le travail social dans ce sens, mais parce que concrètement c'est un outil majeur de décloisonnement des pratiques, un élément d'évaluation et d'évolution de ces pratiques et une garantie que l'institution ne fonctionne pas plus pour son intérêt propre que pour la qualité du service à rendre et de la mission de service public à accomplir. Sur ces points, mon expérience de stage à la Coordination du 18<sup>e</sup> arrondissement parisien, plus précisément à l'Association Espoir Goutte d'Or, qui organise tous les mercredis soir une réunion ouverte aux professionnels de la structure, aux usagers de drogues et aux habitants du quartier, n'ont fait que me confirmer l'intérêt de cette démarche, même si pour des raisons géographiques elle n'est pas transposable à l'identique ici.

#### **4-2) Axe 1 « Usages »**

Les demandeurs d'interventions préventives (écoles, services sociaux, municipalités, etc.) sont systématiquement impliqués dans l'organisation des manifestations et régulièrement sollicités pour les évaluations intermédiaires et finales, ceci dans le respect d'une méthodologie de projet somme toute assez classique. Pour les interventions en direction des

---

<sup>79</sup> Tout en gardant à l'esprit que les intervenants spécialisés, participant de fait aux hétéro-contrôles, sont eux-mêmes des individus sociaux participant des contrôles sociétaux.

jeunes, la pédagogie du Service « En Amont » consiste depuis longtemps à travailler à partir de leurs représentations propres et sur la base de ce qu'ils ont à dire sur les questions de drogues, ce qui nous permet d'adapter notre propos et de sélectionner le niveau d'information utile afin de compléter et/ou corriger leurs connaissances.

#### **4-3) Axe 2 « Abus »**

Bien que cette structure soit très récente, je travaille d'ores et déjà à la mise en place d'un groupe de parole, première étape à la constitution d'un conseil de jeunes, afin de faire évoluer les modalités d'accueil et/ou d'organiser des activités adaptées, par exemple avec du théâtre ou de la capoeira<sup>80</sup>, en lien avec les équipes de prévention spécialisée et en fonction des attentes. Cette configuration devrait permettre à la fois de développer une organisation adaptée et originale, mais également de recueillir des éléments de validation, y compris dans une perspective d'orientation, de l'activité globale de la structure.

A un autre niveau, celui de la participation systématique des jeunes dans les projets individualisés d'accompagnement, nous rencontrons actuellement une difficulté avec les partenaires extérieurs, par exemple pour faire participer les jeunes (principalement les jeunes majeurs) aux réunions de synthèse qui les concernent. Il me semble que les pratiques sociales traditionnelles ont le plus grand mal à évoluer dans ce sens, que les résistances sont fortes et que le PAEJEP à lui seul ne pourra régler cette question, sauf à continuer de soutenir activement ce principe et de le rendre opérationnel au moins à l'interne de la structure, point sur lequel je serai d'ailleurs particulièrement vigilant.

Pour les parents, mon action est plutôt orientée vers la constitution de groupes de soutien et d'entraide, avec le concours de professionnels. Cette première approche devrait permettre d'aider à la réflexion sur le développement du travail avec les parents, actuellement très difficile à mettre en place, ceci malgré une volonté politique forte.

#### **4-4) Axe 3 « Dépendances »**

Il faut rappeler d'abord que les prises en charge et les accompagnements s'élaborent essentiellement à partir des demandes des personnes, et que rien ne se négocie sans leur accord, ni dans le champ sanitaire, ni dans le champ social, ce qui me semble être le minimum de garantie de l'exercice des droits de ces personnes, et même si, comme je l'ai rappelé (cf. §

---

<sup>80</sup> La capoeira est un outil éducatif à mi-chemin entre les arts esthétiques et les arts martiaux. Éducativement, elle concentre la double perspective de travailler sur le développement du potentiel tant physique que psychologique des jeunes et plus globalement sur la socialisation. Il n'est jamais question de combat (les coups ne doivent jamais être portés), il est question de *roda* (ronde) avec le côté ludique et sans enjeux que cela suppose.

3-1, p. 26), la question de l'exercice de la citoyenneté des toxicomanes reste problématique au regard de la loi. A ce niveau, comme pour l'axe 2, une difficulté persiste par rapport notamment au milieu médical et hospitalier, où ce niveau de participation de l'individu n'est pas toujours mis en avant, bien que les orientations de la Loi Hospitalière de 1996 soient très claires sur le sujet.

Dans une dynamique de participation plus collective des usagers, je soutiens actuellement le développement sur ce secteur géographique d'une antenne de l'Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD-Lorraine), avec laquelle j'entretiens d'excellents contacts sur Metz et qui est intéressée par cette initiative. Trois objectifs pourraient être ainsi atteints :

- faire participer les usagers à la dynamique de la structure,
- avoir un groupe d'interlocuteurs pour observer et analyser la situation locale et son évolution afin d'adapter le fonctionnement du Dispositif Coordonné pratiquement en temps réel,
- appuyer notre politique de réduction des risques dans les réseaux de toxicomanes actifs et développer des projets concertés, en accord avec les autorités de contrôle et les politiques locales.

Je travaille sur ces perspectives avec les professionnels des différents axes et j'encourage la réflexion sur leur mise en place effective. On aura évidemment compris que l'objectif (l'idéal ?) visé est l'intégration de ces usagers ou de leurs représentants dans la dynamique de réseaux exposée au paragraphe précédent, mais il y faudra, je crois, encore beaucoup de patience et de force de persuasion.

## **5) Evaluation<sup>81</sup>**

L'organisation des procédures d'évaluation est un élément indispensable à la fois pour prendre la juste mesure de l'efficacité d'une action, rendre l'activité transparente, et justifier d'une utilisation adaptée des deniers publics.

A ce stade, il convient de mettre en œuvre une évaluation adaptée à chaque niveau d'intervention et une évaluation d'ensemble du Dispositif Coordonné, entre autres parce que sa nouveauté nécessite de se donner les moyens d'en montrer l'efficacité et d'indiquer tous les facteurs susceptibles de l'améliorer et/ou d'en modifier l'orientation générale.

Pour l'axe 1, la méthode d'évaluation est celle du Service « En Amont », qui consiste à élaborer une fiche-action pour chaque activité. Cette fiche-action détaille : les objectifs ; la date ; le lieu ; le volume horaire consacré ; l'organisme demandeur ; le public ciblé ; le descriptif ; les thèmes abordés ; les intervenants mobilisés et l'évaluation spécifique. Sur ce dernier point, nous attendons beaucoup des perspectives d'élaboration par la MILDT d'indicateurs d'évaluation pour les actions de prévention, à partir du questionnaire APPRE<sup>82</sup> lui-même inspiré du questionnaire EDDRA<sup>83</sup>, qui permettra en plus d'établir des comparaisons d'efficacité et éventuellement de modéliser les meilleures pratiques.

Pour l'axe 2 et l'axe 3, la question se pose différemment dans la mesure où il s'agit surtout de prises en charge individuelles. Si il existe des documents de référence pour les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (avec ou sans hébergement), il n'existe rien en ce qui concerne les points d'écoute. J'introduis donc, sur ces deux axes, un logiciel de base de données, PRO.G.DIS\Toxicomanie, agréé par le ministère. Ce logiciel est actuellement utilisé par le CSSTH de Foville et paraît tout à fait satisfaisant, dans la mesure où il concerne les prises en charges, y compris pour les parents, mais également les contacts extérieurs engagés par les professionnels, en lien ou non avec les accompagnements. Cette dimension est essentielle pour une vision véritablement exhaustive de l'activité d'une structure, dans sa dynamique de coopérations et de réseaux. L'utilisation de ce logiciel nécessite toutefois un agrément de la Commission Nationale Informatique et Libertés, pour lequel je constitue un dossier avec le soutien de l'association gestionnaire.

Sur le fond, on met à jour à ce niveau une autre complexité de cette forme d'organisation. Chaque établissement impliqué possède son modèle d'évaluation, à l'évidence validé par les organes de contrôle respectifs. Je pense que la globalité d'approche qui caractérise le Dispositif Coordonné nécessite une réflexion sur une harmonisation de l'évaluation de chaque axe, sans laquelle il ne sera pas possible de mesurer la pertinence de la transversalité de l'action.

Le premier risque, qui n'est pas le moindre, est de se limiter à une compilation des évaluations par axe d'intervention (indispensables par ailleurs), dans l'incapacité d'objectiver et d'évaluer correctement la plus-value apportée par cette configuration particulière. C'est

---

<sup>81</sup> Je rappelle à ce stade que l'évaluation fait aussi partie intégrante de la « démarche qualité » qui sera abordée spécifiquement dans le chapitre consacré aux ressources humaines.

<sup>82</sup> APPRE : Actions et Projets de Prévention – Recensement.

<sup>83</sup> EDDRA : Exchange on Drug Demand Reduction Action database, édité par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

l'essence même du Dispositif qui est ici mise en danger, d'autant plus que j'invite les acteurs de terrain à travailler à la construction d'indicateurs pertinents pour l'évaluation de cette transversalité.

Le second risque, qui n'est pas à négliger au niveau institutionnel, est de mettre ces acteurs en difficulté vis-à-vis de leur établissement de référence, voire à terme en situation de double contrainte. Il n'est pas de leur ressort, et encore moins au regard du constat de leur investissement volontariste dans cette dynamique innovante, de gérer cette contradiction qui relève au minimum du niveau organisationnel, mais qui ne pourra non plus faire l'impasse de décisions stratégiques et associatives.

## **Chapitre II**

### **Développement d'un projet de service**

La validité d'un projet d'intervention sociale, si innovant ou original soit-il, ne peut s'imaginer et s'élaborer sans cerner au préalable le ou les publics ciblés, dans son contexte géographique de référence. Il ne peut s'entendre non plus sans que soit définie son organisation, elle-même, comme je l'ai déjà souligné (cf. « Introduction à la première partie », p. 8) fondée sur une histoire particulière souvent déterminante.

#### **1) Etude de population<sup>84</sup>**

Considérant le secteur du nouveau Contrat de Villes du Bassin Houiller, composé aujourd'hui de 14 communes et en élargissant aux petites communes avoisinantes pour couvrir plus largement le secteur nord-est du département, c'est un bassin de vie d'environ 250 000 habitants qui est concerné par ce projet global. Pour une étude plus précise, il convient de différencier les trois niveaux d'interventions que je souhaite développer, qui concernent des groupes cibles différents, même si des passerelles entre ces niveaux devront être facilitées chaque fois que ce sera nécessaire, cette perspective étant d'ailleurs la pierre angulaire de la coordination interne à ce Dispositif.

##### **1-1) Axe1 « Usages »**

Le niveau d'intervention pour cet axe est celui de la prévention des toxicomanies. En termes d'information, de ressource documentaire, de conseil, de soutien technique aux équipes, de mise en réseau de professionnels et de développement de programmes de prévention, c'est toute la population de ce secteur qui est potentiellement concernée. Naturellement, ce ciblage intègre largement le milieu scolaire, ce qui correspond à une douzaine d'établissements.

Dans le champ social, l'intégration des équipes locales de prévention spécialisées du CMSEA dans le Dispositif Coordonné doit également permettre une meilleure approche des besoins. Pour la population dans sa globalité, l'expérience montre que les contacts s'établissent surtout par le biais des mairies ou des associations locales avec lesquelles les contacts devront être multipliés.

---

<sup>84</sup> A l'appui de cette étude, on trouvera en annexe le bilan quantitatif, axe par axe, du Dispositif Coordonné au 31/05/2000

### **1-2) Axe 2 « Abus »**

Le niveau d'intervention pour cet axe est la mise en place du Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP) sur Forbach, à dimension intercommunale dans le cadre du contrat de villes du Bassin Houiller, inauguré le 7 avril 2000.

Pour l'accueil des jeunes, les populations ciblées sont les adolescents et jeunes adultes (essentiellement 15 à 21 ans, quelquefois plus) confrontés à des consommations excessives de produits psychotropes. Nous n'opérons pas ici de différences majeures entre les produits licites ou illicites, sachant que la plupart du temps ils sont utilisés sans discernement par les jeunes concernés. Si la raison d'être des Points d'Accueil et d'Ecoute<sup>85</sup> est une mission de prévention de la toxicomanie et de la délinquance, un des objectifs centraux est de faire en sorte que ces situations d'abus ne dégèrent pas en dépendances.

Compte tenu de l'absence jusque-là de structures similaires<sup>86</sup>, il est difficile d'estimer raisonnablement la population susceptible d'être accueillie, même si à l'évidence les besoins existent, comme l'évaluation intermédiaire le montre.

Pour l'accueil des parents, limité actuellement à deux heures par semaine, deux types de populations sont visées : 1) en amont, dans une perspective de prévention, ce sont les parents inquiets du comportement de leurs enfants qui seront soutenus, dans une démarche psycho-éducative, par une aide à l'analyse de situation et un soutien à la (re)dynamisation des relations intrafamiliales ; 2) en aval, il s'agira d'accompagner des situations plus lourdes, si possible en parallèle avec l'accompagnement des jeunes eux-mêmes.

Là aussi, l'évaluation intermédiaire est encourageante (voir annexe déjà citée).

### **1-3) Axe 3 « Dépendances »**

La population totale des toxicomanes sur la Moselle étant évaluée à 3000 (cf. § 1-2, p. 37), on peut estimer un potentiel de 800 à 1000 toxicomanes sur le secteur d'implantation du Dispositif Coordonné. Le Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes de Sarreguemines (CAST) fait état pour 1999 d'une file active d'environ 500 personnes.

Un des enjeux du Dispositif Coordonné sera d'être capable de développer un accueil pour compléter cette file active, d'une part en direction des toxicomanes qui ne souhaitent pas se diriger vers une structure hospitalière, d'autre part en direction des toxicomanes très marginalisés qui n'ont pas accès à des services sanitaires ou sociaux, ou qui ne souhaitent pas

---

<sup>85</sup> Circulaire n°97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place des points « Ecoute » pour les jeunes et/ou les parents, déjà citée.

entrer dans des protocoles d'accompagnement. Dans ce cas, des contacts et des partenariats devront être engagés avec certaines structures locales, comme par exemple l'hébergement d'urgence de type hôtels sociaux, susceptibles d'être en relation ponctuelle avec cette population particulière, ainsi qu'avec les services municipaux qui connaissent les points de regroupements ou éventuellement les squats. Il semble néanmoins que les renseignements recueillis à ce sujet ne font pas état d'une quantité significative de personnes réellement à la rue, même si les difficultés structurelles en matière d'hébergement des marginaux sont régulièrement rappelées.

Une autre dimension du travail sur cet axe sera de compléter l'approche plus sanitaire du CAST de Sarreguemines, ainsi que celle des médecins généralistes prescripteurs de Subutex®, par un accompagnement socio-éducatif des toxicomanes, et ceci dans une perspective de prise en charge globale.

## **2) Quelques éléments d'histoire**

Une convention a été mise en place en 1996 entre le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines, le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA) et la Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, afin de développer l'organisation des soins aux toxicomanes sur le secteur de Moselle-Est. Mais une série de conflits sont apparus, tant structurels, pédagogiques que personnels, qui ont conduit à la dénonciation de cette convention début.

Face à ce blocage de la situation, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales a demandé au CMSEA d'envisager de remettre en place la substitution, cette fois sur Forbach, autre grand centre urbain situé à une vingtaine de kilomètres de Sarreguemines. Pour faciliter sa prise de décision, l'Association a souhaité une consultation de ses propres établissements impliqués dans le champ des toxicomanies : le CSST « Porte des Allemands » et le Service Ecoute Accueil Echange (cf. § 2, p. 41), ainsi que le Service d'Education en Milieu Naturel (SEMN) qui gère les équipes de prévention spécialisée du CMSEA, dont deux sont situées en Moselle-Est, une à Sarreguemines et une à Forbach, cette dernière ayant également sous sa responsabilité un Point Accueil Ecoute Jeunes à Behren-Les-Forbach.

L'Association n'ayant pas souhaité mettre en place une structure qui n'aurait pour simple objet que le démarrage et les suivis méthadone, elle a mandaté les responsables de ces établissements, réunis en Groupe Technique, pour imaginer des solutions. Précisons ici que

---

<sup>86</sup> Le Point Accueil Ecoute Jeunes de Behren-Les-Forbach (cf. § 2-2, p. 43) étant trop ciblé géographiquement



pour simplifier la procédure de réflexion, compte tenu de quelques tensions «historiques» entre les établissements concernés, les directeurs se sont retirés du Groupe Technique, et seuls les chefs de services ont engagé ce travail, sous la responsabilité directe de la direction générale.

Il m'a semblé intéressant, avec mes collègues du S.E.A.E. de proposer la fédération de l'ensemble des moyens spécialisés en toxicomanie de l'association (sans forcément remettre en cause dans un premier temps les établissements existants), mais en développant les possibilités d'articulation entre trois niveaux de réponses différenciés à partir des concepts d'usages, d'abus et de dépendances. Il s'agissait de créer les conditions structurelles et professionnelles pour mettre en œuvre chaque niveau de réponse, en termes de dispositif et de prévoir par une coordination les conditions techniques d'une articulation pertinente et efficace de ces réponses. Cette proposition a recueilli l'aval du groupe puis des directeurs, du Bureau de l'association et pour finir de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Moselle, à qui elle a été présentée par la direction générale du CMSEA, sous l'appellation de Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est.

Comme mon service était déjà implanté sur le bassin houiller depuis plus de deux années, pour la prévention (réponse aux usages) et qu'il allait avoir à organiser et gérer à Forbach un Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (réponse aux abus), c'est à moi qu'a été confiée la mise en place et la coordination de ce dispositif, en lien direct avec la Direction Générale. Cette décision était également liée au fait que les relations entre le Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes de Sarreguemines devaient être redynamisées, que les collaborations pour la prévention avaient toujours existé entre ce Centre et le Service «En Amont» et qu'il ne semblait pas judicieux, même si le CSST «Porte des Allemands» était partie prenante du Dispositif, de prendre le risque de réactiver les conflits antérieurs.

On prend maintenant la mesure de ce que je qualifiais en introduction comme relevant plus d'une charge de mission que d'une direction effective, avec les limites que je m'attache à analyser aux différents niveaux de construction de ce Dispositif.

Pour autant, je soutiens l'idée, au regard des résultats positifs que cette configuration laisse apparaître (si modestes soient-ils), qu'un modèle d'évolution institutionnelle est susceptible de s'inspirer de cette initiative. Les mutations du travail social ne cessent de réinterroger les politiques associatives et de poser de manière implicite (voire quelquefois explicites) la question de leur mode de participation à une mission de service public. On sait

---

sur un seul quartier pour être une référence prospective fiable.

également que les associations, notamment les plus représentatives au niveau national, ont structuré à l'interne des champs d'intervention avec des établissements dont les fonctionnements sont devenus très institutionnels et quelquefois très lourds.

Il ne s'agit pas dans mon propos de remettre en cause l'expérience et les savoirs-faire qui se sont élaborés dans ces établissements, et dont il faut au contraire soutenir la pertinence et le bien-fondé. Mais l'évolution des problèmes à traiter, l'évolution du contexte politique, le développement de nouvelles initiatives, les questions économiques également (sous réserve qu'elles ne deviennent pas le seul critère) interrogent de fait ces modes de structuration et de fonctionnement.

Je pense, et c'est ce que je tente d'élaborer au travers de ce Dispositif Coordonné, qu'il est possible de travailler à une évolution qui prenne en compte ces dimensions et qui propose des formes d'action sociale sans doute plus souples à qualité égale, mettant en question justement la qualité du service avant l'intérêt (si légitime soit-il) de l'institution.

Je reste persuadé, sans naïveté excessive, que des propositions cohérentes peuvent obtenir le soutien des autorités de contrôle. J'irai même plus loin en disant qu'à défaut de s'inscrire dans une dynamique d'évolution interne, les associations risquent de se voir imposer des contraintes politiques et financières, pour le coup unilatérales et potentiellement préjudiciables à tous les niveaux.

Bien entendu, il s'agit là de propositions qui engagent un degré de responsabilité qui dépasse largement la mission qui m'est actuellement confiée, sauf à démontrer, par l'efficacité du Dispositif que je mets en œuvre, l'intérêt de ce modèle d'intervention. Ce modèle, développé dans un champ spécifique, fait d'ailleurs écho à ce qu'on peut rencontrer dans d'autres domaines d'intervention, et on pourrait aisément adapter les concepts de pôles de ressources et de référence par exemple, voire de plateau technique, à l'intérieur d'un schéma départemental clairement négocié et établi avec le concours du Chef de Projet Toxicomanie et des autres décideurs.

C'est donc avec cette triple responsabilité de constituer le Dispositif en permettant de dépasser les tensions internes au CMSEA, de coordonner des niveaux d'intervention, y compris la prévention spécialisée (soient donc des acteurs traditionnellement peu habitués à travailler ensemble au quotidien) et développer les partenariats et coopérations nécessaires localement, à partir d'un passé récent peu favorable, que j'ai commencé à mettre en place ce projet.

### **3) Organisation du Dispositif Coordonné**

#### **3-1) Le Groupe Technique**

Au regard de la dynamique de réflexion commune engagée autour des propositions de structuration locale de l'accompagnement des toxicomanes, j'ai tout d'abord proposé que le Groupe Technique constitué soit pérennisé, et continue à participer activement à la construction globale du Dispositif Coordonné, en y apportant chacun ses compétences propres et sa connaissance du terrain. Il m'apparaissait évident qu'une telle dynamique pouvait dès le démarrage donner la mesure de l'esprit fondateur du Dispositif : politique de service et développement sur le mode du réseau, ouverture permanente de la réflexion, recherche constante de coopérations pertinentes entre les niveaux d'interventions. De plus, au vu de la configuration de ce Dispositif et de l'ensemble des services et établissements impliqués, un mode d'approche strictement hiérarchisé aurait été en contradiction avec les objectifs initiaux et voué à terme à l'échec. Cette proposition a été acceptée à la fois par les membres du Groupe, leurs directeurs respectifs et la direction générale.

Ce Groupe Technique est donc composé de :

- 4 chefs de services éducatifs, représentant le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes « Porte des Allemands », le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement de Foville, les équipes de prévention spécialisée de Sarreguemines et de Forbach,
- Le médecin coordinateur responsable du centre méthadone du Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes « Porte des Allemands ».
- Moi-même en tant que coordinateur et responsable des axes 1 et 2 du Dispositif,
- Un représentant de la direction générale, de manière ponctuelle et sur demande du Groupe.

Les échéances de mise en place des trois axes d'interventions ont conduit le Groupe Technique à décider d'une fréquence de rencontres bimensuelle, au moins pour le premier semestre. Afin de clarifier les rôles de chacun, et particulièrement du coordinateur, quelques membres du Groupe ont souhaité que la direction générale fasse une lettre de mission, demande à laquelle la direction n'a pas souscrit. Il a donc été décidé de démarrer sur la base du projet initial et de réfléchir au fur et à mesure dans le sens de l'innovation.

### **3-2) Niveaux d'organisation**

Très rapidement, le Groupe a déterminé trois niveaux de responsabilités différentes qu'il apparaissait nécessaire de positionner en préalable : les niveaux stratégique, organisationnel et opératoire.

- Le niveau stratégique relève de la direction générale. Il est susceptible de gérer des conflits potentiels à l'interne entre les établissements, et il est sollicité pour des décisions majeures (budgétaires, politiques, etc.) relevant strictement de sa responsabilité, les limites de délégation du coordinateur n'ayant pas été clairement précisées.

- Le niveau organisationnel est représenté par le Groupe Technique, chargé de la mise en place du dispositif et de l'articulation entre ses axes. Les compétences spécifiques de chacun des membres de ce Groupe doivent garantir une efficacité globale au service des partenaires extérieurs et des personnes en difficulté. Ceci est vrai à la fois en termes de capacité diagnostique permettant une orientation pertinente des usagers, mais également dans un accompagnement adapté aux problèmes rencontrés. Le rôle du Groupe ne se limite donc pas à l'élaboration théorique et matérielle du Dispositif, mais représente aussi une ressource essentielle pour clarifier des situations concrètes dans les interventions et/ou les prises en charge (on retrouve à ce niveau un parallèle avec le concept de plateau technique abordé précédemment). Nous sommes ici au cœur de ce qui peut et doit servir de base à l'innovation et l'originalité du service proposé par ce Dispositif.

- Le niveau opératoire rassemble les acteurs qui œuvrent directement sur le terrain, pour permettre une bonne circulation de l'information avec l'appui des chefs de services, une approche collective des problèmes, une connaissance plus fine de la situation locale et de son évolution. Le développement du partenariat avec les institutions et services extérieurs pourra être favorisée à ce niveau, en complément du niveau organisationnel.

### **3-3) Coordination**

Apparentée à la fonction de direction, elle est centrale car directement impliquée dans chacun des trois niveaux et devant garantir la cohérence opérationnelle entre eux. Au niveau stratégique, comme je l'ai déjà précisé, ce poste de coordinateur que j'occupe relève directement de la direction générale, comme porte parole du Groupe pour les régulations internes, pour les besoins d'interventions et la bonne application des décisions, tant politiques que budgétaires, de l'association.

Au niveau organisationnel, mon rôle est de préparer les réunions du Groupe Technique (ordres du jour, collecte des informations et des données nécessaires à éclairer la réflexion et

faciliter les décisions, etc.) et de maintenir l'esprit fondamental du Dispositif Coordonné tel que défini dans mon projet initial. C'est à ce niveau que la configuration particulière du Dispositif m'intéresse, dans la mesure où elle induit de fait un mode de fonctionnement de type « horizontal », par opposition à un modèle hiérarchique pyramidal, bien qu'une limite évidente soit l'absence de délégation claire en matière de pouvoir décisionnel (je reviendrai ultérieurement sur une analyse plus précise de cette situation). Cette façon de procéder me semble pertinente dans la mesure où elle s'apparente au modèle « participatif ». Je pense qu'il conviendrait de la maintenir, quel que soit l'avenir du Dispositif, y compris et surtout si l'association décidait de créer un établissement autonome, car comme le souligne Henri Bergeron<sup>87</sup> : « La situation concrète dans laquelle se trouve imbriqué nécessairement chaque directeur de centre [...] influence aussi la conviction qu'il nourrit à l'égard de ses croyances axiologiques et normatives ». Ainsi, un tel modèle de fonctionnement pourrait à mon sens éviter de rigidifier les techniques d'interventions et par là même de retomber dans un institutionnalisme figé. Enfin, pour reprendre la terminologie de Jean-Yves Trépos<sup>88</sup>, il s'agit au bout du compte, par une dynamique de *connaissance distribuée* (les non-spécialistes ne sont pas ceux qui ne savent pas, mais ceux qui savent autre chose) de contribuer à construire un *intellectuel collectif* pour un meilleur service à rendre aux usagers, que ce soient les toxicomanes eux-mêmes, ou les professionnels, spécialisés ou non, qui sont confrontés à ce type de problèmes.

Au troisième niveau, opérationnel celui-ci, c'est sur un principe de délégation que je m'appuie, afin de permettre à chaque chef de service de travailler, avec son équipe et son projet spécifique, au plus près de la réalité du terrain, à charge au Groupe Technique de réguler l'ensemble. Ma mission consistera plus précisément à organiser et conduire des rencontres entre tous ces acteurs de terrain au niveau opérationnel, et chaque fois que nécessaire de rencontrer les équipes et développer chez ces professionnels la référence à une globalité du Dispositif et le sentiment de participer activement à une entreprise commune.

L'ensemble de cette organisation nécessite à mon sens d'être accompagné par une politique managériale et une gestion des ressources humaines adéquates, intégrant une réflexion permanente sur la qualité de l'intervention, et ceci pour deux raisons : 1) mon intérêt propre pour le développement de méthodes apparentées au management participatif ; 2) l'intégration immédiate de ces méthodes dans la perspective de faciliter le rattachement du

---

<sup>87</sup> BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*, PUF Sociologies, 1999

<sup>88</sup> TREPOS J-Y, *Un apprentissage de l'incomplétude : dix ans de travail transfrontalier en toxicomanie dans le bassin Rhin-Meuse-Moselle*, GEERMM et Commission Européenne, 1996

Dispositif Coordonné, quelle que soit sa forme future, dans le cadre de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales, comme précisé en introduction de cette deuxième partie.

#### **4) Analyse critique**

Pour conclure ce chapitre sur le développement d'un projet de service, sans revenir sur les difficultés déjà soulignées, il me semble important d'analyser les perspectives de pérennisation, à partir de l'expérience acquise.

Il apparaît évident que cette configuration, que j'ai nommée « horizontale », à l'interne de l'association, n'est opérationnelle qu'à titre expérimental, au sens où elle s'appuie sur une mise à l'écart momentanée des directeurs des établissements impliqués. N'importe quelle situation, interne ou externe, peut à tout moment remettre en question ce fragile équilibre, sauf à considérer un abandon partiel de responsabilité de la part de ces directeurs, ce qui constituerait un paradoxe dans l'essence même de la fonction.

L'association sera donc amenée à prendre les décisions qui s'imposent, à partir des pistes de réflexion qu'on peut d'ores et déjà imaginer. De ma place de coordinateur, j'envisage trois possibilités, mais cette liste n'est pas exhaustive.

La première solution est de maintenir la configuration actuelle des établissements et de renvoyer aux directeurs respectifs la responsabilité de ménager les espaces nécessaires pour garder la dimension transversale de l'action, en tirant les conclusions de l'expérience présente.

La seconde serait la création d'un établissement autonome, regroupant les moyens actuellement mis à disposition. Cette solution posera la question de la place de la prévention spécialisée, qui pourra difficilement être intégrée à cet établissement. Une autre difficulté sera d'obtenir les moyens financiers complémentaires, suffisants pour garantir l'autonomie de cette structure.

La troisième possibilité est d'interroger l'ensemble du champ spécialisé en toxicomanie de l'association, pour envisager une organisation plus globale, à visée départementale, sur le modèle du Dispositif, par axes d'interventions, en réservant peut-être un axe complémentaire qui regrouperait les moyens liés à l'hébergement (postcure, familles d'accueil, appartements thérapeutiques et relais). Cette solution nécessiterait bien sûr de se pencher sur les possibilités de redéploiements adaptés, qui permettraient, au regard d'une perspective de couverture mosellane, de proposer aux autorités une intégration de ce nouvel établissement dans le schéma départemental de l'action sociale. Une structuration plus

pérenne serait également susceptible d'être établie, ainsi qu'une meilleure articulation avec les partenaires extérieurs (hôpitaux, justice, autres associations, etc.) actifs dans le domaine des dépendances.

Dans cette perspective, la prévention spécialisée ne serait pas non plus directement intégrée, mais l'association aurait à charge d'instaurer à l'interne des espaces de concertation avec l'établissement qui gère les équipes sur le département (le Service d'Education en Milieu Naturel). Plus concrètement, et sur le modèle de ce qui est mis en œuvre dans le Dispositif Coordonné (niveau opérationnel), des collaborations plus étroites pourraient être ensuite développées par secteur géographique, pour un meilleur respect des particularités et des besoins repérés localement par les acteurs de première ligne.

Ces concertations seraient aussi susceptibles d'être étendues à d'autres établissements du CMSEA, comme par exemple « Espace Insertion », qui peut représenter une ressource majeure pour les populations que nous avons en charge.

## **Chapitre III**

### **Gestion des ressources humaines**

Je me propose de traiter cette question d'abord sous l'angle de la gestion des personnels, ensuite en référence à une démarche de recherche de qualité dans l'organisation et la mobilisation des personnels. Il est évident que ce développement est aussi lié aux aspects financiers et aux équipements techniques et logistiques qui, comme je l'ai déjà précisé, pourront être consultés dans les annexes.

#### **1) Gestion des personnels**

Deux remarques s'imposent en préalable :

- La configuration actuelle du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanie renvoie la gestion des personnels à leurs établissements de référence, c'est donc en partie de manière prospective et intentionnelle que je mènerai ma réflexion ;

- Le recrutement de personnels éducatifs qualifiés est très difficile sur ce secteur géographique un peu excentré de la Moselle et certains de mes collègues en ont fait la cruelle expérience, ce qui ne sera pas sans incidence en matière de gestion prévisionnelle.

En ce qui concerne le recrutement, j'ai mis à profit, dès le démarrage du projet, une conjoncture particulière. Comme je l'ai déjà dit (cf. § 1-3, p. 38), le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement de Forbach, géré par une association locale, rencontre actuellement des difficultés majeures et surtout des tensions internes qui ont conduit plusieurs salariés à rechercher d'autres opportunités professionnelles. J'ai donc pu embaucher rapidement, avec l'accord de la Direction, une éducatrice spécialisée sur le poste « réduction des risques », un moniteur-éducateur non diplômé pour le Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP), une éducatrice spécialisée dans le cadre de la montée en charge de l'axe 1 « Usages » et recruter comme vacataire pour l'accueil des parents au PAEJEP la psychologue (à mi-temps) de cette structure. Bien que l'un des trois ne soit pas diplômé, l'avantage de ces embauches est que tous ont plusieurs années d'expérience dans le champ des toxicomanies, ce qui représente une force non négligeable pour que le Dispositif soit rapidement opérationnel.

Par contre, le peu de personnel à l'intérieur de chaque axe représente une faiblesse, dans la mesure où deux de ces salariés se sont engagés par ailleurs, l'une dans une formation



de Diplôme Supérieur du Travail Social (DSTS), l'autre comme intervenante vacataire à l'Institut Régional du Travail Social de Lorraine. Je tiens naturellement à ce que ces engagements puissent être maintenus, car je considère qu'ils sont un atout supplémentaire pour la qualité de la réflexion, de l'intervention et du service rendu. Pour la formation DSTS, il a été convenu, en accord avec l'école qu'elle serait suspendue pour une année, et l'accord de Promofaf (Organisme Public Collecteur Agréé) pour la prise en charge des deux années restantes devra me permettre de faire face aux temps d'absence à l'intérieur du Dispositif.

Le problème du moniteur-éducateur non diplômé est plus délicat, au sens où il est seul et à mi-temps pour l'accueil des jeunes du PAEJEP. Les négociations ont été engagées pour un report d'un an de l'entrée en formation, partant de la perspective que d'ici septembre 2001, de nouveaux moyens financiers auront permis d'étoffer l'équipe et que parallèlement une recherche des moyens nécessaires à une formation en cours d'emploi aura été effectuée en lien avec la Direction des Ressources Humaines du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes.

Au total, sans tenir compte de la prévention spécialisée, les moyens humains représentent donc 7 personnes pour 4,6 équivalents temps pleins.

## **2) Recherche de qualité et organisation du travail**

### **2-1) L'inscription de la démarche dans un contexte**

Sous l'angle d'une « démarche qualité », soulignons ici que c'est l'ensemble du Dispositif Coordonné, dans son essence même, qui est concerné. C'est à partir de l'analyse de l'existant que la démarche s'est construite dans une perspective de meilleur service à rendre aux usagers (jeunes, parents, toxicomanes, professionnels)<sup>89</sup>, de réaliser des économies d'échelle sans pour autant développer un service social au rabais, d'engager l'évolution de la dynamique associative en dépassant les clivages inter-institutionnels existants. Ma volonté de départ était de réfléchir à une solution mieux adaptée à la réalité des problèmes rencontrés et ceci par :

- le regroupement des moyens
- la référence permanente aux besoins des usagers et la différenciation des niveaux d'interventions et de réponses possibles
- la définition à terme de référentiels pour une approche socio-éducative des questions de toxicomanies

---

<sup>89</sup> Cf. § 1, p. 61 « Etude de population »

- la prise en compte de l'évolution des politiques publiques au cours de la dernière décennie
- enfin l'évaluation qualitative et quantitative de l'action à tous ses niveaux.

Il s'agit donc bien d'une dynamique qui s'apparente fortement à un processus global de démarche qualité et ma position de coordinateur entre les différents niveaux, comme garant de l'objectif général de ce Dispositif, me conduit inévitablement à inscrire cette démarche en toile de fond de ma fonction.

C'est dans cet esprit que j'envisage l'organisation du travail à trois niveaux :

- 1) Axe par axe pour la construction de réponses adaptées à chaque analyse de besoins,
- 2) Transversalement aux trois axes pour ce qui concerne spécifiquement les questions de toxicomanies,
- 3) Elargie à l'ensemble des acteurs impliqués, en intégrant la prévention spécialisée et le champ médical (médecin coordinateur du centre méthadone), pour une cohérence globale du Dispositif Coordonné.

## **2-2) Dans chaque axe d'intervention**

Axe 1 « Usages » : Une rencontre hebdomadaire a lieu, sous ma responsabilité, avec les deux travailleurs sociaux œuvrant sur cet axe (une assistante sociale à mi-temps, une éducatrice spécialisée à mi-temps récemment embauchée). Cette réunion permet de faire le point sur les actions en cours, de communiquer les informations générales et particulières au secteur, d'analyser les demandes d'interventions et de mise en place de programmes de prévention, de traiter des questions techniques (types d'interventions, partenariats, évolution des concepts, développement d'outils, modalités d'évaluation, etc.) et politiques (regroupements d'interventions intercommunales, couverture géographique du territoire, inscription dans d'autres formes de structurations de type Contrats Locaux de Sécurité, Contrats Educatifs Locaux, etc.). Par ailleurs, cet axe relevant du Service « En Amont » prévention des toxicomanies, à compétence départementale, ces deux salariés participent à la réunion mensuelle qui sert à adapter la stratégie globale du Service, et régler les questions liées à la gestion statutaire et administrative du personnel dans son ensemble.

Axe 2 « Abus » : Une réunion hebdomadaire, sous ma responsabilité, regroupe les trois salariés du Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents : le moniteur-éducateur à mi-

temps, la psychologue vacataire et l'emploi-jeune mis à disposition par la ville de Forbach. Cette réunion permet de faire le point sur les prises en charge des jeunes et des parents et sur le développement du partenariat avec les structures locales, en amont comme en aval des orientations. Mais elle revêt un caractère particulier, compte tenu de la création récente de cette structure, au sens où elle est le lieu privilégié de la construction de la dynamique propre du PAEJEP et de sa mise en perspective, dans l'échange et la concertation entre les salariés et moi-même, à partir du projet général initial et avec l'appui des évaluations existantes sur ce sujet<sup>90</sup>. Cette modalité de fonctionnement, qui s'apparente au modèle participatif, permet la plus grande ouverture aux propositions, aux critiques et aux initiatives innovantes. Ces personnels relevant également du Service « En Amont », gestionnaire pédagogique du PAEJEP, ils participent à la réunion générale du Service (cf. supra Axe 1 « Usages »).

Axe 3 « Dépendances » : Rappelons que les deux particularités de cet axe sont d'une part la nouveauté de cette équipe sur le secteur pour l'accueil et l'accompagnement des toxicomanes et d'autre part qu'elle relève pour partie du Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes (CSST) « Porte des Allemands » du CMSEA. La gestion statutaire et administrative revient donc à cet établissement pour l'éducateur mis à disposition, et à moi-même par délégation pour l'éducatrice missionnée sur la réduction des risques et rattachée directement au siège de l'association.

Ces particularités ont conduit le Groupe Technique à définir deux modes d'organisation et de gestion du travail :

1) Concernant les prises en charge : le suivi et la supervision sont garantis par le CSST « Porte des Allemands » et les deux éducateurs participent à la réunion hebdomadaire de cet établissement pour le suivi des toxicomanes (et chaque fois qu'il est nécessaire à la réunion spécifique consacrée aux nouvelles prises en charge).

2) Concernant le développement des partenariats sociaux, médicaux et médico-sociaux : je les rencontre une fois par semaine pour faire le point des coopérations envisagées, décider ensemble des contacts utiles et déterminer qui est le plus indiqué, des éducateurs ou de moi-même, pour les prendre. Ce dernier point a d'ailleurs été un sujet de controverse au sein du Groupe Technique, dans la mesure où je soutenais, en opposition avec certains cadres, qu'il revenait aux éducateurs de terrain, aussi souvent que possible, d'effectuer eux-mêmes ces rencontres

---

<sup>90</sup> Pour plus d'information : DELESALE C. et POGGI D., *Les points d'accueil jeunes : havres, tremplins et passerelles. Etude d'évaluation*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.

partenariales, parce que c'étaient eux qui en avaient l'utilité et qui en évaluaient la pertinence. Je considère que mon rôle est plutôt d'intervenir soit dans un champ plus politique, soit lorsqu'il est nécessaire d'être mandaté officiellement (par exemple avec les directions d'hôpitaux) ou encore quand les premiers contacts ont été difficiles, au regard notamment des conflits antérieurs. Cette modalité de fonctionnement a finalement été acceptée par le Groupe Technique, après consultation des deux éducateurs concernés.

### **2-3) Dans la transversalité**

J'ai tenu à ce qu'un niveau intermédiaire de régulation managériale puisse être mis en place entre les professionnels des trois axes spécifiquement consacrés au travail autour des concepts d'usages, d'abus et de dépendances, parce que tous sont confrontés à une nouvelle conception technique de l'intervention, à laquelle les intervenants en toxicomanies sont peu habitués. Il s'agit bien ici d'un accompagnement au changement à l'interne d'un champ professionnel, changement de modèle d'intervention qu'il convient de conduire pour la meilleure efficacité possible. Deux réunions par mois rassemblent ces personnels, de façon à ce que chacun expose dans la plus grande transparence les avantages et les difficultés, personnelles ou structurelles, qui découlent de cette configuration originale, et que tous aient une vision objective des opportunités et des faiblesses du Dispositif Coordonné, pour mieux s'appuyer sur les unes, analyser et corriger les autres. C'est aussi un espace d'émulation entre les différents axes et, au travers de conflits inévitables (et à ne pas éviter) entre les champs de compétence, c'est la réflexion et la mise en place de passerelles qui se décident et qui donnent véritablement corps au Dispositif. Pour le dire autrement, c'est la multiplication des projets dans le projet qui en fait la vivacité, qui le rend concrètement opérationnel, ma fonction étant d'en assurer l'ossature globale et de garantir son adéquation aux besoins des usagers et de la population ciblée.

### **2-4) Dans une configuration globale**

C'est à ce stade que la gestion des ressources est la plus délicate, à la fois parce qu'elle est difficile à mettre en place, rassemblant un nombre important de salariés (environ 25 en intégrant le Groupe Technique) et parce qu'elle confronte l'ensemble des champs de compétences concernés par le Dispositif. J'en veux pour preuve la relativement longue gestation du travail du Groupe Technique regroupant ces champs, qui est encore le lieu de conflits entre les différentes représentations du problème à traiter et que les équipes ne se

mobiliseront totalement que si elles sont largement motivées et soutenues par les cadres intermédiaires ; les directeurs s'étant mis à distance, comme je l'ai déjà précisé. Encore faut-il souligner ici que dans un premier temps, il a été décidé en Groupe Technique de ne pas convier les salariés de l'hébergement, un peu moins concernés par la logique géographique sectorisée du projet.

Une réunion générale est donc prévue tous les trimestres, pour faire le point sur l'avancée des travaux, échanger sur des situations concrètes, éclairer les éventuelles zones d'ombre, rassembler les ressources de toutes les équipes, en un mot faire vivre l'esprit global du Dispositif Coordonné. La difficulté majeure réside dans les interactions entre le champ des toxicomanies et la prévention spécialisée. Cette dernière en effet n'a pas expressément dans ses attributions la prise en compte de ces questions et doit faire preuve de la plus grande vigilance vis-à-vis de ses financeurs, notamment le conseil général. Pour autant, la réalité du terrain montre que ces problèmes sont largement présents au quotidien, particulièrement en ce qui concerne les usages et les abus, ou lorsque des toxicomanes sont présents dans les quartiers, avec certaines conséquences en matière de circulation de produits par exemple. La prévention spécialisée prend en compte les jeunes dans une approche globale, qui ne met pas en avant de façon significative tel ou tel symptôme, ce qui explique sa situation périphérique dans le Dispositif et la réflexion nécessaire à un positionnement réciproque pertinent. Mais il apparaît que les réserves des éducateurs de prévention spécialisée sont surtout liées à des expériences passées, où l'absence de coopération avec les structures de soins a généré des ruptures dans les accompagnements, après l'orientation de la personne et jusqu'à ce qu'elle revienne sur le quartier. Cet angle de réflexion me paraît être une opportunité intéressante pour dynamiser la transversalité du Dispositif, en garantissant la circulation des informations sur les prises en charge communes, mais en garantissant également un degré de confidentialité indispensable en termes d'éthique et de respect des usagers. Le Groupe Technique a mis à l'étude, dans ce sens, la possibilité de développer une dynamique de «co-référence», qui devrait permettre au professionnel qui oriente de rester impliqué dans l'accompagnement, dans une perspective de continuité et de cohérence des suivis. Cette formule est d'autant plus intéressante que, si son efficacité est prouvée, elle peut servir de modèle aux autres partenaires extérieurs au Dispositif Coordonné.

Cet exposé de la méthode employée en matière de gestion des ressources humaines montre de quelle façon j'envisage de mobiliser et de valoriser l'ensemble des ressources disponibles pour le Dispositif, ainsi que quelques effets immédiats qui se sont d'ores et déjà

fait sentir. Je rappelle également qu'il faut associer à cette dynamique celle de la participation des usagers, ainsi que les questions d'évaluation, dans un visée à terme de regroupement et de globalisation.

### **3) Les enjeux du procédé**

Au delà de ce qui pourrait être considéré comme un descriptif de ce que j'élabore au sein du Dispositif Coordonné, en matière de gestion des ressources humaines, il me semble important de revenir sur deux points fondamentaux. D'abord sur ce qui sous-tend les choix de management que j'adopte, ensuite sur les limites de ce procédé dans le contexte actuel.

Pour ce qui concerne mes choix, il s'appuie largement sur le concept d'autonomie développé par C. CASTORIADIS<sup>91</sup>, qui revêt un caractère particulier dans un champ d'intervention où la question de la dépendance est centrale. On ne peut à mon sens se limiter à une perspective d'indépendance, qui renvoie d'ailleurs au concept d'abstinence, chez les personnes dont nous avons la charge, même si cette perspective visée à terme doit toujours être présente dans nos manières d'agir. C'est l'autonomie qu'il convient de privilégier, au sens de permettre à l'individu d'accéder à la possibilité de faire des choix de vie (la substitution ne représentant d'ailleurs qu'un choix parmi d'autres).

Notre responsabilité éducative est d'éclairer ces choix, de proposer et garantir un cadre d'accompagnement rassurant et fiable. Pour le dire autrement, nous devons être des « passeurs » capables d'instaurer des relations de confiance dans les moments difficiles de la trajectoire de la personne, face à des situations de déstabilisation qui justifient généralement la demande d'accompagnement et plus encore quand cette demande n'est pas explicitement exprimée (ou peut-être même n'existe pas), comme c'est souvent le cas dans les structures d'accueil dites « à bas seuil d'exigences ».

Je veux rappeler ici que le respect des usagers d'une part, la place que je travaille à leur accorder dans cette dynamique d'autre part, ne sont pas les moindres outils permettant d'affirmer ce concept d'autonomie et de le mettre concrètement à l'épreuve du quotidien.

Dans le domaine du management, je ne conçois pas qu'on puisse œuvrer dans ce sens avec la population accueillie (jeune ou adulte), sans que les personnels eux-mêmes soient en mesure d'exercer leur propre autonomie, sur le principe qu'aucune autonomie ne peut se développer sur de l'aliénation. Le modèle que je soutiens tente d'aller dans cette direction, en

---

<sup>91</sup> CASTORIADIS C., *Le monde morcelé, Les carrefours du labyrinthe III*, Editions du Seuil, 1990.

tenant compte du fait que l'autonomie des personnels ne signifie pas les renvoyer à des degrés de responsabilité qui ne leur appartiennent pas, y compris au regard du risque de les mettre en situation de n'avoir que leurs propres ressources à mobiliser dans un face à face singulier dont on peut mesurer le degré de dangerosité. Le travail du Groupe Technique représente à ce niveau une garantie lorsqu'il s'approprie cette réflexion (cf. § 3-1, p. 66).

L'élaboration d'un projet nouveau est un espace privilégié pour développer cette dynamique et faire fonctionner le plus possible le jeu démocratique, à tous les niveaux de l'intervention et dans sa globalité. En ouvrant des espaces d'interrogations et de débats sur les finalités du travail institutionnel on facilite, pour reprendre la théorie de C. CASTORIADIS, la mise en place d'un *pouvoir instituant* qui doit situer chacun comme acteur dans l'évolution du projet.

Mais, c'est ma seconde remarque au risque de me répéter, il ne faut pas que ce procédé mette en danger les professionnels de terrain. Le risque serait encore une fois de les conduire à une forme de double contrainte par rapport à leur établissement de référence et au fonctionnement propre de celui-ci. J'ai déjà soulevé ce risque dans le champ de l'évaluation (cf. § 5, p. 60) qui ne relève que du domaine technique, alors qu'ici il me semble que c'est l'éthique de chacun qui pourrait être en quelque sorte écartelée, ce qui serait beaucoup plus grave.

A ce niveau également, on comprendra que le modèle expérimental à l'œuvre dans ce Dispositif devra être interrogé. L'ensemble de ces éléments d'analyse critique, tant positifs que négatifs, seront susceptibles d'être des outils concrets d'aide à la décision.

## **CONCLUSION GENERALE**

A ce stade de développement concret du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est, compte tenu des moyens matériels et humains encore relativement limités, les résultats semblent encourageants tant à l'interne, comme le montre le niveau d'investissement des acteurs de terrain et des cadres intermédiaires, qu'à l'externe, comme le montre l'accueil favorable de l'environnement.

La souplesse de fonctionnement, la mobilité des équipes (notamment dans l'axe 1 et l'axe 3), l'ouverture permanente à la concertation et le principe coopératif paraissent répondre correctement aux attentes de nos interlocuteurs et même, disons-le honnêtement, provoquer de l'étonnement face à un mode d'organisation auquel l'ensemble des professionnels, à l'interne comme à l'externe d'ailleurs, semble peu habitué dans ce domaine.

Mais je l'ai déjà souligné implicitement dans la description de tous les outils présents au niveau départemental, il est peu probable que des moyens conséquents puissent être dégagés par les financeurs pour une montée en charge de l'ensemble et, plus particulièrement, sur l'axe 3 où la nécessité s'en fera le plus sentir à moyen terme. D'autant moins probable d'ailleurs que la perspective d'intégration de la toxicomanie dans les budgets de l'assurance maladie conduit à un certain attentisme et que, d'autre part, le milieu hospitalier investit de plus en plus ce domaine par redéploiements internes et sans enveloppe spécifique, comme l'a fait depuis quelques années le centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines.

Il me semblerait donc utile et profitable que l'association se penche attentivement sur ce type d'organisation et envisage la possibilité d'une modélisation sur l'ensemble de ses établissements spécialisés en toxicomanie, ce qui présenterait à mon sens une série d'avantages, tels que (et la liste n'est pas exhaustive) :

- un recentrage sur une approche socio-éducative complémentaire du champ sanitaire,
- une meilleure couverture départementale par la mobilité des équipes aux différents niveaux,
- des économies d'échelle susceptibles d'être favorablement accueillies par les autorités de contrôle et les tarificateurs,
- des redéploiements pour une meilleure garantie de prise en charge globale.



Je ne propose pas ici un alignement pur et simple sur les nouvelles directives gouvernementales, intéressantes par ailleurs et qui ne provoquent pas une rupture radicale avec les pratiques antérieures. Je soutiens plutôt l'idée que le secteur associatif et pour ce qui nous concerne, le CMSEA en Moselle, est fondé à revendiquer une expérience et une légitimité dans le domaine de l'intervention en toxicomanie qui doit lui permettre de représenter une force de proposition positive, sous réserve d'accepter d'interroger sa structuration interne et de recentrer ses pratiques.

Cette configuration générale d'un établissement à vocation départementale pourrait faire l'objet d'un dossier à soumettre au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), dans la perspective que j'ai déjà évoquée de sa validation pour une intégration dans la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Ce modèle pourrait également être assez aisément élargi, dans un esprit de partenariat, à d'autres formes de dépendances (alcool, tabac, médicaments), comme je l'ai abordé dans mon introduction générale, dans la mesure où il est moins centré sur un type de produit que sur un certain type de difficulté à prendre en charge. Ainsi, une telle politique aurait l'avantage de s'inscrire dans les schémas départementaux et régionaux développés actuellement dans les champs sanitaires et sociaux, y compris dans le cadre des orientations du Programme Régional de Santé en Lorraine sur la lutte contre les dépendances.

Mais il s'agit là d'un projet qui engage des responsabilités et décisions qui dépassent largement mes compétences et prérogatives, même si je suis bien entendu disponible pour participer à sa mise à l'étude.

## Bibliographie

- ALFONSI G., *Contrôler et normaliser les toxicomanes*, INTERVENTIONS n°65 de juillet 1998. Revue de l'ANIT.
- ALLEMAND S., *Les politiques françaises de lutte contre la toxicomanie*, INTERVENTIONS n°66, octobre 1998. Revue de l'ANIT.
- BACHMANN C. & COPPEL A., *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel, 1989
- BERGERON H., *Soigner la toxicomanie : les dispositifs de soins entre idéologie et action*, L'Harmattan, 1996
- BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie : Histoire d'une singularité française*, PUF Sociologies, 1999.
- BOLTANSKI L. & CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999
- CABALLERO F., *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989
- CASTEL R. & COPPEL A., « Les contrôles de la toxicomanie » in EHRENBERG A. (s/s la dir. de), *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1991.
- CASTEL R., *Les sorties de la toxicomanie*, Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse, 1998.
- CASTORIADIS C., *Le monde morcelé, Les carrefours du labyrinthe III*, Editions du Seuil, 1990.
- CESONI M.L., *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Georg Editeur, 1996.
- COMMISSION EUROPEENNE, *Communication de la Commission concernant un Plan d'Action de l'Union Européenne en matière de Lutte contre la Drogue 2000-2004*, COM(1999) 239 final, Bruxelles, 1999
- COUR DES COMPTES, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, juillet 1998.
- DELESALE C. et POGGI D., *Les points d'accueil jeunes : havres, tremplins et passerelles. Etude d'évaluation*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.
- FRYDMAN N et MARTINEAU H, *La drogue, où en sommes-nous ?*, IHESI, La Documentation Française, 1998
- GEISMAR-WIEVIORKA S., *La réduction des risques*, Revue documentaire TOXIBASE, n°3, 3<sup>ème</sup> trimestre 1996
- GEISMAR-WIEVIORKA S., *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Seuil, 1998.
- HERFRAY C., *La psychanalyse hors les murs*, Desclée de Brouwer, 1997
- JACOB C., *Et pourtant, ils tournent...*, INTERVENTIONS n°55, juillet 1996. Revue de l'ANIT.
- LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, 1999
- LEROY B., *L'Europe des 12 face à la demande de stupéfiants, étude comparative des législations et des pratiques judiciaires*, Rapport pour la Commission des Communautés Européennes, 1994
- MAIER R. et DE GRAAF W., *Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas*, Etude réalisée pour le GEERMM-Europe et la Commission Européenne, Presses Universitaires de Nancy, 1994.
- MILDT, *Propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, Rapport d'étape au 15 octobre 1998*, Document ministériel, 1998
- MILDT, « *Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances* », 1999.
- MILDT – CFES, *Drogues : savoir plus ; synthèse du plan gouvernemental*, décembre 1999

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *Projet de réforme de la loi du 30 juin 1975*, Document de travail, Paris, décembre 1998.
- MOREL A., HERVE F., FONTAINE B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
- OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), *Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances*, Edition 1999
- PARQUET P-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, usage, usage nocif, dépendance*, CFES, 1998.
- POISSON D., *Prise en charge des toxicomanes : une problématique transfrontalière, étude juridique et sanitaire*. Mémoire de Diplôme Universitaire de 3<sup>ème</sup> cycle « Politiques européennes de santé », Université de Nancy I (Faculté de Médecine, Département de Santé Publique) et Université de Nancy II (Centre Européen Universitaire), mai 1995.
- ROQUES B., *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, Rapport au Secrétaire d'Etat à la Santé, La Documentation française, Odile Jacob, 1998.
- SZASZ T., *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps : le contrôle d'Etat de la pharmacopée*, Les Editions du Léopard, 1994.
- TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES, *Bulletin législatif*, supplément à TSA hebdo n°540 du 10 mars 1995.
- TREPOS J-Y., *Prévention des toxicomanies : concepts théoriques et méthodologie*, Actes de l'Université d'Eté « Ecole et environnement social en Europe : pour une prévention des toxicomanies et des conduites à risques », GEERMM-Europe et Commission Européenne, Metz, 1995.
- TREPOS J-Y., *Un apprentissage de l'incomplétude : dix ans de travail transfrontalier en toxicomanie dans le bassin Rhin-Meuse-Moselle*, GEERMM et Commission Européenne, 1996.
- TREPOS J-Y., *Une rencontre qui dérange*, in J-C. ROUCHY (dir.), *La double rencontre : toxicomanie et sida*, Toulouse, Eres, 1996.

## **Liste des annexes**

### **ANNEXE 1**

Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies  
Bilan quantitatif au 31/05/2000 Axe par Axe

### **ANNEXE 2**

Eléments de gestion financière

**ANNEXE 1**

**DISPOSITIF COORDONNE D'INTERVENTIONS EN  
TOXICOMANIES**

**BILAN QUANTITATIF AU 31/5/2000 AXE PAR AXE**

## AXE 1 « USAGES »

### PREVENTION DES TOXICOMANIES ET DYNAMIQUE DE RESEAU DU 1/06/99 AU 31/05/2000

	<b>Jeunes</b>	<b>Adultes</b>	<b>Acteurs de proximité</b>	<b>Chantier d'Insertion</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Bus « InfoCAR » Doc. + Informations</b>	<b>640</b>				<b>640</b>
<b>Théâtre « Hors piste »</b>	<b>840</b>		<b>60</b>		<b>900</b>
<b>Conférences Informations</b>		<b>130</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>210</b>
<b>Formation personnes-ressources</b>			<b>25</b>		<b>25</b>
<b>Cycle d'Interventions</b>			<b>30</b>		<b>30</b>
<b>Journée Intercommunale 1/6/99</b>			<b>80</b>		<b>80</b>
<b>Réseau</b>			<b>30</b>		<b>30</b>
<b>Permanences</b>		<b>9</b>	<b>4</b>		<b>13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1480</b>	<b>139</b>	<b>269</b>	<b>40</b>	<b>1928</b>

## AXE 2 « ABUS »

**PAEJEP**  
**Du 7/04/2000 au 31/05/2000**

### ACCUEIL JEUNES :

28 Jeunes dont 16 garçons  
12 filles

Ages : 13-15 ans : 2  
16-18 ans 15  
19-21 ans 10  
21-25 ans 1

Lieux Forbach 14  
Behren les Forbach 8  
Freyming Merlebach 3  
Autres 3

### Accueil Parents

13 parents : dont mères 8  
pères 5  
(couples : 2)

Lieux : Forbach 4  
Stiring Wendel 4  
Freyming Merlebach 1  
Autres 4

### PARTENAIRES RENCONTRES

2 Collèges (6 personnes)  
4 Lycées (10 personnes)  
10 Institutions Sociales et Médico-sociales  
(PAEJ, GIPDAL, ASE, CMP, MLE, CDE, EPS)

Participation au réseau de personnes-ressources (Cf. AXE 1 « USAGES »)

**AXE 3 « DEPENDANCES »  
du 2/11/99 au 31/05/2000**

**Accueil et accompagnement : 12 personnes rencontrées**

- 31 entretiens individuels (dont 1 prise en charge financière initialisation métha.)
- 6 entretiens familiaux
- 2 réunions de synthèse
- 12 entretiens dans d'autres institutions
- 1 entretien à domicile
- 30 appels téléphoniques reçus
- 49 appels téléphoniques donnés

**Tableau récapitulatif des rencontres des partenaires**

SECTEUR	NOMBRE DE SERVICES	NOMBRE DE PROFESSIONNELS
HOSPITALIERS :		
• Général	3	12
• Spécialisé	5	17
MEDECINS GENERALISTES		10
SOCIO-EDUCATIF	18	117
HEBERGEMENT URGENCE SOCIALE	3	14
JUDICIAIRE	1	2
PREVENTION REDUCTION DES RISQUES	2	2
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>32</b>	<b>174</b>



## REDUCTION DES RISQUES

### Actions d'information auprès de publics précarisés ou en difficulté

3 interventions                      70 personnes  
(ASBH + ADEFI)

### Formation des professionnels :

2 formations                      35 professionnels

### Participation au réseau de personnes-ressources (Cf. AXE I « USAGES »)

Environ 30 professionnels

==--==--==--==--==--==--==

### INFRACTION A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS : « CLASSEMENTS / ORIENTATIONS »

27 personnes rencontrées de :	{	18 ans	1
	{	19 ans	4
	{	20 ans	5
	{	21 ans	9
	{	22 ans	3
	{	23 ans	2
	{	24 ans	1
	{	26 ans	2

21 associations à d'autres produits (dont 12 alcool)

14 orientations :            10 socio-éducatives  
                                      4 médicales

**ANNEXE 2**

**ELEMENTS DE GESTION FINANCIERE**

## **PREAMBULE A L'ANNEXE 2**

Afin de permettre une bonne compréhension de la situation financière de ce Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies, à une période charnière de regroupement des différents niveaux d'activité, on trouvera dans cette annexe les budgets axe par axe ainsi que la coordination et pour finir une présentation globale.

Pour éclairer l'analyse et développer une vision prospective, chaque section sera accompagnée de la note d'information réalisée par mes soins, à destination de la direction générale de l'association, en juin 2000.

Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies – (D.C.I.T.)

AXE I

**BUDGET DU PROJET**

<b>DEPENSES</b>	<b>Montant</b>	<b>RECETTES</b>	<b>Montant</b>
<b>CHARGES (*)</b> (achats liés au projet, prestations externes...)	<b>97 650,00</b>	<b>SUBVENTIONS DEMANDEES</b>	<b>297 177,00</b>
Cptes 60 Achats	7 175,00	Etat (préciser les services Sollicités)	
Cptes 61 Services extérieurs	45 205,00		
Cptes 62 Autres serv. ext.	19 250,00	Politique Ville(Part Etat)	99 059,00
Cptes 63 Impôts et taxes	2 100,00		
Cptes 65 Autres charges	9 335,00	Région	
Cptes 68 Dotations amort.	14 585,00	Département	99 059,00
		Communes (préciser)	99 059,00
		Union européenne	
		Fonds d'action sociale	
		Autres (CAF, Office HLM... Préciser)	
<b>FRAIS DE PERSONNEL</b> (affectés au projet) (*)	<b>199 527,00</b>		
Salaires	125 495,00		
Charges sociales de l'employeur	71 532,00		
Autres	2 500,00	<b>AUTRES RECETTES</b>	
Frais de structures (liés au projet)		<u>Participation des usagers</u>	
		<u>Participation des adhérents</u>	
		<u>Autres</u>	
<b>TOTAL</b>	<b>297 177,00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>297 177,00</b>

(\*) Charges et salaires au prorata pour la période *juin à décembre* 2000 (soit 7/12) pour actualisation du projet sur l'exercice civil

## Note complémentaire

### **Axe 1 « Usages »<sup>92</sup>**

Cet axe, porté par le Service « En Amont » du CMSEA, est financé depuis juin 1997 dans le cadre du contrat de villes de l'agglomération de Forbach, regroupant 8 communes, mais dont une a refusé de s'inscrire dans cette démarche de prévention des toxicomanies. Le budget annuel (du 1<sup>er</sup> juin au 31 mai) est de l'ordre de 150KF, permettant de financer ½ poste de travailleur social du fonctionnement (sans locaux à demeure à ce jour). Le travail de secrétariat et de chef de service sont assumés sans contrepartie par le Service « En Amont ».

#### Commentaire du budget présenté :

Rappelons que de tels financements sont tripartites, impliquant l'Etat au titre de la Politique de la Ville, le conseil général et les communes, avec pour ces dernières des clés de répartition en fonction de leur population et de leur budget propre. En 2000, ce contrat de villes va s'étendre à 14 communes et devenir le contrat de villes du Bassin Houiller. En conséquence, et avec l'accord du directeur de Projet, le Service « En Amont » présentera un budget prévisionnel sur 7 mois, pour couvrir la période de juin à décembre, et intégrer l'exercice civil classique. Compte tenu de la plus large couverture géographique, ce budget prévoira une montée en charge avec un équivalent temps plein (ETP) de travailleur social, 0,125 ETP de chef de service éducatif et 0,250 ETP de secrétariat, soit un budget global annuel de 510 KF, ainsi qu'une implantation sur le secteur, dans les mêmes locaux que la coordination du Dispositif. Si nécessaire, il semble possible de financer un minimum de travaux et d'investissement avec un soutien complémentaire de la Politique de la Ville.

---

<sup>92</sup> Il ne sera pas tenu compte à ce niveau du financement des équipes locales de prévention spécialisée qui, si elles participent activement de la réflexion générale et du développement du projet, n'y sont pas intégrées au titre de la lutte contre les toxicomanies.

## Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies (D.C.I.T.)

### AXE 2

#### **BUDGET DU PROJET**

<b>DEPENSES</b>	<b>Montant</b>	<b>RECETTES</b>	<b>Montant</b>
CHARGES (achats liés au projet, prestations externes...)	<b>164 000,00</b>	SUBVENTIONS DEMANDEES	<b>280 000,00</b>
Cptes 60 Achats	47 000,00	Etat (préciser les services Sollicités)	
Cptes 61 Services extérieurs	77 000,00	PRAPS-DDASS	280 000,00
Cptes 62 Autres serv. ext.	15 000,00	Pact Urbain ( <i>report 1998</i> )	180 000,00
Cptes 63 Impôts et taxes		CNASEA ( <i>acquis</i> )	93 800,00
Cptes 65 Autres charges		Région	
Cptes 68 Dotations amort.	25 000,00	Département ( <i>acquis</i> )	88 600,00
		Communes (préciser)( <i>acquis</i> )	88 600,00
		Union européenne	
		Fonds d'action sociale	
		Autres (CAF, Office HLM... Préciser)	
<b>FRAIS DE PERSONNEL</b> (affectés au projet)	<b>567 000,00</b>		
Salaires	261 150,00		
Charges sociales de l'employeur	148 850,00		
Autres : Emploi-jeune(CCAS)	122 000,00	AUTRES RECETTES	
Personnel entretien (CCAS)	35 000,00		
Frais de structures (liés au projet)		<u>Participation des usagers</u>	
		<u>Participation des adhérents</u>	
		Autres	
<b>TOTAL</b>	<b>731 000,00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>731 000,00</b>

***N.B.** : Ce budget intègre le financement de la gestion par le CCAS de Forbach (soit 271 000,00 F)*

## Note complémentaire

### **Axe 2 « Abus »**

Il s'agit du Point Accueil Ecoute Jeunes Et Parents (PAEJEP), dont je rappelle qu'il est cogéré par le centre communal d'action sociale (CCAS) de Forbach pour le fonctionnement et par le Service « En Amont » du CMSEA pour la partie pédagogique. Pour la mise en place du PAEJEP, soit la location de locaux, les travaux d'aménagement, l'équipement, la première année de fonctionnement et la mise à disposition d'un emploi-jeune, le CCAS de Forbach a bénéficié, dans le cadre du contrat de villes de l'agglomération de Forbach (ancienne formule avec 8 communes dont 2 ont refusé de participer), d'une subvention globale de 729KF (soit 458KF pour l'aménagement et la dotation en mobilier, 271KF pour le fonctionnement).

Le Service « En Amont », lors du dépôt du projet en 1998, avait bénéficié, au titre de la Politique de la Ville, d'une subvention de 180KF, pour l'embauche de 0,50ETP de travailleur social (accueil jeunes) et d'une vacation de psychothérapeute (accueil parents). Cette subvention a pu être conservée, avec l'accord du sous-préfet chargé de la Politique de la Ville, pour la mise en place effective qui s'est concrétisée en avril 2000. Là aussi, à ce jour, le travail de secrétariat et de chef de service est supporté sans contrepartie par le Service « En Amont », ce qui représente une charge certaine compte tenu de la situation de démarrage.

Le budget présenté concerne particulièrement, pour l'année 2000, une demande de financement d'un poste éducatif complet et d'une participation à la gestion pédagogique (soit 280KF), sollicitée, sur indication du sous-préfet chargé de la Politique de la Ville, dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Pour l'exercice 2001, deux questions se poseront, l'une concernant le personnel de la structure, l'autre concernant ses modalités de financement. Pour le personnel, il est clair qu'une montée en charge doit s'opérer pour, d'une part, élargir les temps d'accueil des jeunes et des parents et, d'autre part, développer le partenariat avec les structures locales, y compris compte tenu de l'extension du contrat de villes sur le bassin houiller et la participation potentielle des nouvelles municipalités.

En ce qui concerne les modalités de financement, trois solutions sont envisageables :

- la configuration actuelle est maintenue, et chaque partenaire de cette cogestion présente le budget prévisionnel de sa partie, avec le risque que cette budgétisation « à double entrée » soit mal comprise par les financeurs
- le CCAS de Forbach présente un budget global intégrant à la fois le fonctionnement et la masse salariale. Un conventionnement particulier met à disposition le personnel au CMSEA, avec l'inconvénient pour ce dernier de ne

plus avoir de maîtrise directe d'un des axes et non le moindre, de son Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies

- le CCAS se dégage du projet au bénéfice du CMSEA, qui devient l'unique gestionnaire et dépose son budget en conséquence.

En tant que coordinateur de ce Dispositif, je considère que cette troisième solution serait la plus souhaitable, non pas dans la perspective réductrice d'un pouvoir total sur la structure, mais pour garantir le mieux possible la cohérence globale du projet. A défaut et au regard de l'expérience actuelle, la première solution resterait acceptable, mais la seconde serait à mon sens la plus susceptible de générer des effets pervers et en tout cas remettrait radicalement en question la possibilité pour l'Association de création à terme d'un établissement autonome. Il sera sans doute nécessaire que les partenaires concernés entament une négociation au dernier trimestre 2000, pour prendre les décisions les plus acceptables pour tous.

Ajoutons pour finir la perspective de transformation du Point Accueil Ecoute Jeunes de Behren-Les-Forbach en équipe de prévention spécialisée, sous réserve que le conseil général accorde un poste éducatif supplémentaire sur ce secteur. Auquel cas et avec l'accord du préfet et de la Direction de l'Action Sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la subvention d'Etat de 200KF accordée au CMSEA pour cette structure pourrait venir abonder utilement le PAEJEP, compte tenu de son ambition plus intercommunale et de sa couverture géographique plus large. Il conviendra également que dans le cadre de cette même circulaire, une demande soit faite par le CMSEA au ministère pour une subvention spécifique visant à une capacité accrue d'accueil des parents.



**Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies (D.C.I.T.)**

**AXE 3**

**3 – LE BUDGET DU PROJET**

<b>DEPENSES</b>	<b>Montant</b>	<b>RECETTES</b>	<b>Montant</b>
<b>CHARGES</b> <sup>(*)</sup> (achats liés au projet, prestations externes...)	<b>60 000,00</b>	SUBVENTIONS DEMANDEES	<b>539 547,80</b>
Cptes 60 Achats	4 500,00	Etat (préciser les services Sollicités)	
Cptes 61 Services extérieurs	25 500,00	DDASS	479 547,80
Cptes 62 Autres serv. ext.	11 000,00	Politique Ville	60 000,00
Cptes 63 Impôts et taxes	1 500,00		
Cptes 65 Autres charges	8 500,00	Région	
Cptes 68 Dotations amort.	9 000,00	Département	
		Communes (préciser)	
		Union européenne	
		Fonds d'action sociale	
		Autres (CAF, Office HLM... Préciser)	
<b>FRAIS DE PERSONNEL</b> (affectés au projet)	<b>479 547,80</b>		
Salaires	303 533,60		
Charges sociales de l'employeur	173 014,20		
Autres	3 000,00	<b>AUTRES RECETTES</b>	
Frais de structures (liés au projet)		<u>Participation des usagers</u>	
		<u>Participation des adhérents</u>	
		<u>Autres</u>	
<b>TOTAL</b>	<b>539 547,80</b>	<b>TOTAL</b>	<b>539 547,80</b>

(\*) Charges au prorata pour la période *septembre à décembre* 2000 (soit 4/12)

## **Note complémentaire**

### **Axe 3 « Dépendances »**

Concernant cet axe, sur lequel travaillent actuellement deux éducateurs spécialisés, je rappelle que la configuration retenue pour ce dispositif, au moins pour les premiers temps, implique les deux établissements spécialisés en toxicomanies du CMSEA : le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes (CSST « Porte des Allemands ») et le Service Ecoute Accueil Echange (S.E.A.E.) qui gère le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH de Foville).

Je ne tiendrai pas compte, dans le financement de cet axe, de ce qui relève de l'hébergement spécialisé, c'est-à-dire du CSSTH de Foville, des appartements thérapeutiques relais et du réseau de familles d'accueil du CSST « Porte des Allemands », dans la mesure où, bien qu'utilisables autant que de besoin par les acteurs du Dispositif Coordonné de Moselle-Est, ils n'ont pas une spécificité locale qui permettrait leur intégration directe dans ce dernier. Il en va de même pour le centre méthadone géré par le CSST « Porte des Allemands », qui ne dispose pas à ce jour des financements nécessaires à une implantation sur ce secteur.

Ce préalable explique la modestie des moyens disponibles actuellement sur cet axe, qu'il convient maintenant de détailler. Dès que l'accord des autorités de contrôle a été obtenu pour la mise en place du Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies sur la Moselle-Est, le CSST « Porte des Allemands », en attente d'une redynamisation locale, a remis à disposition sur ce secteur un poste d'éducateur spécialisé dont il bénéficiait toujours au titre de la précédente convention avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines. Le CSST « Porte des Allemands » a également proposé de mettre à disposition un véhicule de service, pour faciliter la mise en place du travail sur cet axe. La participation annuelle globale de cet établissement s'élève globalement à 220KF.

L'autre poste éducatif, d'un montant de 230KF, est directement financé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, sur les budgets de la Division Sida, au titre de la réduction des risques ( poste gelé lors de la dénonciation de la précédente convention, en attente de propositions concrètes). Bien que, en accord avec la DDASS, ce poste éducatif soit en priorité affecté à l'axe 3 « Dépendances », j'ai souhaité, en tant que coordinateur de l'ensemble, qu'il puisse participer dès le départ aux activités des deux autres axes, ne serait-ce qu'un minimum, afin que cette dynamique de réduction des risques fasse immédiatement partie intégrante de l'activité globale. Cette dimension transversale a de fait interrogé la question du rattachement de ce poste à l'un ou l'autre des établissements impliqués, pour conduire au bout du compte à un rattachement direct au siège de l'association, sous ma responsabilité par délégation, en attendant des décisions plus précises sur l'avenir du Dispositif Coordonné.

En ce qui concerne le budget de fonctionnement de cet axe, rien n'est encore à ce jour clairement défini. Il n'y a pas de locaux spécifiques et nous en recherchons actuellement sur le site géographiquement central de Forbach. En attendant, les deux éducateurs sont accueillis gratuitement

dans les locaux du Point Accueil Ecoute Jeunes à Behren-Les-Forbach, pour une permanence de trois ½ journées par semaine, ce qui est notoirement insuffisant en termes quantitatifs et, qui plus est, dans un lieu relativement difficile d'accès pour la population de l'ensemble du secteur Moselle-Est. La question reste donc posée du financement de fonctionnement, même si des engagements sont d'ores et déjà pris pour l'aménagement de locaux par la Politique de la Ville. De plus, les capacités d'accueil et d'accompagnement des toxicomanes, en termes de personnels, risquent également de montrer rapidement leur insuffisance. Il conviendra donc d'étudier les financements des exercices à venir, en concertation étroite avec la préfecture et la DDASS, en tenant compte de l'importante dotation globale pour la toxicomanie du département de la Moselle et des difficultés auxquelles il faut s'attendre pour obtenir des financements supplémentaires de la Direction Générale de la Santé du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, en charge du dispositif spécialisé.

Deux pistes peuvent néanmoins être exploitées :

- les possibilités de redistributions budgétaires en cas de fermeture du Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement de Forbach, géré par l'association Alfise,
- les possibilités de redéploiements internes des établissements spécialisés en toxicomanies du CMSEA.

Dans le premier cas, des propositions sont faites aux autorités compétentes de redistribuer pour partie dans une montée en charge du soutien à l'axe 3 « Dépendances » du Dispositif Coordonné et pour partie dans le développement de capacités d'hébergement plus diversifiées, de type appartements thérapeutiques relais sur le département et création de familles d'accueil pour toxicomanes sur un plan régional. Quoi qu'il en soit, la décision relève exclusivement des compétences du préfet, au titre de l'article 9 du Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux Toxicomanes. Aucune décision n'est encore prise à ce jour.

Dans le second cas, il s'agit d'une remise à plat complète des moyens spécialisés de l'association, dans une double perspective d'abord de réorganisation de ses établissements et d'une autre logique structurelle et financière, qui pourrait d'ailleurs conduire à des économies d'échelle intéressantes et, parallèlement, de réfléchir à une meilleure couverture de l'ensemble du département, par une structuration plus souple des services concernés. L'exemple proposé par le Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies de Moselle-Est, si les résultats sont satisfaisants, pourrait être un support à une telle réflexion, sous réserve de l'accord du conseil d'administration de l'association.

## Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies (D.C.I.T.)

### Coordination

#### **BUDGET DU PROJET**

<b>DEPENSES</b>	<b>Montant</b>	<b>RECETTES</b>	<b>Montant</b>
<b>CHARGES</b> (achats liés au projet, prestations externes...)	<b>107 000.00</b>	<b>SUBVENTIONS DEMANDEES</b>	<b>572 000.00</b>
Cptes 60 Achats	14 000.00	Etat (préciser les services Sollicités)	
Cptes 61 Services Extérieurs	40 000.00	<b>MILDT</b>	<b>572 000.00</b>
Cptes 62 Autres Serv. Ext.	10 000.00		
Cptes 63 Impôts et Taxes	3 000.00		
Cptes 65 Autres Charges	15 000.00	Région	
Cptes 68 Dotations Amort.	25 000.00	Département	
		Communes (préciser)	
		Union européenne	
		Fonds d'action sociale	
		Autres (CAF, Office HLM... Préciser)	
<b>FRAIS DE PERSONNEL</b> (affectés au projet)	<b>465 000.00</b>		
Salaires	296 180.00		
Charges sociales de l'employeur	168 820.00		
Autres		<b>AUTRES RECETTES</b>	
Frais de structures (liés au projet)		<u>Participation des usagers</u>	
		<u>Participation des adhérents</u>	
		Autres	
<b>TOTAL</b>	<b>572 000.00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>572 000.00</b>

**Note complémentaire**  
**Coordination du Dispositif**

Il faut rappeler qu'à ce niveau, aucun financement n'est prévu dans la configuration actuelle du Dispositif Coordonné, sauf en ce qui concerne l'axe 1 « Usages », pour lequel 0,125ETP de chef de service éducatif et 0,250ETP de secrétariat devraient être financés à compter du 1<sup>er</sup> juin 2000. Ceci signifie que tout le travail de coordination et d'élaboration dont j'ai la charge est supporté par le Service « En Amont » par lequel je suis salarié. A l'occasion de mon stage d'approche d'un service ou établissement social, j'ai pu utilement observer la configuration et le fonctionnement de la Coordination du 18<sup>e</sup> arrondissement parisien, autour d'une approche communautaire des problèmes de toxicomanies sur ce secteur, et largement soutenu par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). L'originalité, la nouveauté d'une telle organisation m'ont renvoyé à mon propre projet, même si une approche communautaire est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre sur l'espace géographique élargi dans lequel j'interviens.

L'originalité que présente le Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies, en terme de structuration de service mais également au regard des concepts de base et de leur adéquation avec les orientations gouvernementales du Plan Triennal de Lutte contre la Drogue et de Prévention des Dépendances, m'ont amené à proposer que cette coordination soit prise en charge, le temps de sa mise en place, soit une ou deux années, par un financement spécifique de la MILDT. C'est sur cette base qu'a été remis au Chef de Projet départemental, pour transmission, un dossier et un budget prévisionnel pour l'année 2000 de 572KF, comprenant le salaire de la coordination, du secrétariat et quelques moyens de fonctionnement. Il est naturellement évident que, à terme, des financements de droit commun devront être recherchés pour prendre en charge ces dépenses, mais il me semble que cette recherche sera facilitée par le degré de résultats que sera en mesure de fournir ce Dispositif, voire des restructurations éventuelles qui interviendront au niveau départemental.

## Dispositif Coordonné d'Interventions en Toxicomanies (D.C.I.T.)

Global

### BUDGET DU PROJET

<b>DEPENSES</b>	<b>Montant</b>	<b>RECETTES</b>	<b>Montant</b>
<b>CHARGES</b> (achats liés au projet, prestations externes...)	<b>428 650.00</b>	<b>SUBVENTIONS DEMANDEES</b>	<b>2 139 724.80</b> Dont 451 000.00 acquis
Cptes 60 Achats	72 675.00	Etat (préciser les services Sollicités)	
Cptes 61 Services extérieurs	187 705.00	DDASS	759 547.80
Cptes 62 Autres serv. ext.	55 250.00	Politique Ville	159 059.00
Cptes 63 Impôts et taxes	6 600.00	MILDT	572 000.00
Cptes 65 Autres charges	32 835.00	PACT Urbain (report 98)	180 000.00
Cptes 68 Dotations amort.	73 585.00	Département	187 659.00
		Communes (préciser)	187 659.00
		Union européenne	
		Fonds d'action sociale	
		Autres (CAF, Office HLM... Préciser)	
<b>FRAIS DE PERSONNEL</b> (affectés au projet)	<b>1 711 074.80</b>	CNASEA	93 800.00
Salaires	986 358.60		
Charges sociales de l'employeur	562 216.20		
Autres	162 500.00	<b>AUTRES RECETTES</b>	
Frais de structures (liés au projet)		<u>Participation des usagers</u>	
		<u>Participation des adhérents</u>	
		Autres	
<b>TOTAL</b>	<b>2 139 724.80</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2 139 724.80</b>

Le secteur de la prise en charge des toxicomanies a été confronté ces dernières années de profondes mutations, liées notamment au sida, mais également par l'orientation des politiques dans le sens de la santé publique et l'implication de nouveaux acteurs.

L'analyse actuelle montre que cette évolution n'est pas encore achevée. La globalisation des produits psychotropes (licites et illicites), la segmentation des niveaux d'interventions (usage, abus, dépendance) mettent en jeu une nouvelle configuration de la prise en charge et de la prévention, qui devrait aboutir à terme à leur intégration dans le domaine général de l'intervention sanitaire et sociale (assurance maladie, institutions sociales et médico-sociales).

Les établissements et services œuvrant dans ce champ d'activité, particulièrement dans le milieu associatif, doivent à mon sens accompagner ces mutations et ces évolutions.

C'est dans cette perspective que je propose une projet de construction d'un dispositif au sein de mon association, autour de deux axes

- La mobilisation des compétences internes, avec une coordination permettant la transversalité de l'action.
- Le recentrage dans le champ socio-éducatif avec le développement des partenariats nécessaires.