

# **POUR UNE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

## **FACE AU DEFI DE LA DROGUE :**

**Le Forum des Halles (Paris)**

**Le 18e arrondissement (Paris)**

**La ville d'Orly**

## **RAPPORT DE SYNTHESE**

**1985-1989**

**Contrat du 02/03/87 entre le Centre Pierre Nicole, le Comité Départemental de la Croix-Rouge et la sous-direction de l'action sanitaire et sociale de la CRAMIF.**

## 1. - LE CADRE DE LA RECHERCHE

En 1985, le Centre Pierre Nicole signe une première Convention avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale représenté par le Commissaire de la République de la Région d'Ile-de-France et du département de Paris (1). Le projet, intitulé "Pour une réponse communautaire au défi de la drogue", a pour objectif l'expérimentation de stratégies locales de prévention des toxicomanes en Ile-de-France. Il propose une démarche plutôt que des actions précises, qui doivent être élaborées avec les acteurs locaux sur la base d'une analyse de la situation. Les résultats escomptés sont formulés en terme d'outils de connaissance et d'outils d'intervention et le programme s'inscrit dans le cadre d'une rechercheaction. Une convention signée entre le Centre Pierre Nicole et la C.R.A.M.I.F. en 1985 a permis de recruter un sociologue à mi-temps qui a pu effectuer le suivi des actions de 1986 à 1988 (2).

---

(1). Programme de prévention des toxicomanies défini par la circulaire DGS/PGS

I.A. n°202 du 7 juin 1984.

(2). Contrat du 02/03/1987 entre le Centre Pierre Nicole, le Comité Départemental de la Croix Rouge de Paris et la sous-direction de l'action sanitaire et sociale de la CRAMIF.

1. Trois lieux ont été retenus: le Forum des Halles, le XVIIIème arrondissement à Paris et la Ville d'Orly. Trois lieux symboliques, à des titres différents, du problème de la drogue.

Au début des années 80, la France découvrait avec horreur des ghettos investis par la drogue en plein coeur de Paris. Ce sont d'abord des squatts dans le XIVème et le XIXème arrondissement, puis des Îlots insalubres. Après le nettoyage de l'Îlot Chalon, l'insécurité surgit au coeur de la modernité, dans le Forum des Halles en même temps qu'elle s'étend à des quartiers entiers de la ville : la réponse apportée dans l'îlot Chalon, en termes de rénovation s'avérait insuffisant. Dans la géographie de la peur, le XVIIIème arrondissement devient emblématique de la violence et de la drogue avec une succession inquiétante d'assassinats de personnes âgées. Dans ces deux lieux, la demande d'intervention émanait d'abord des pouvoirs publics. Le problème apparaissait comme un problème médiatique, investi par le jeu politique. Mais l'opinion publique se solidarisait avec les riverains contraints au quotidien de côtoyer la violence et la déchéance. Les mythologies étaient bel et bien incarnées.

La situation de la ville d'Orly était bien différente: elle n'avait jamais fait la "une" des journaux, et rien ne permettait de penser que le problème de la drogue y était plus sévère que dans les autres villes de la banlieue parisienne. Mais le péril avait désormais gagné toute la couronne de Paris. Tandis que l'usage de drogue se diffusait par capillarité et que la Ville de Paris effectuait un contrôle toujours plus serré des rues de la Capitale, les trafiquants se repliaient peu à peu dans les cités périphériques. Trop diffus pour apparaître d'entrée dans les institutions sanitaires, sociales et éducatives, le phénomène ne se signalait que par une rumeur persistante. Seuls indicateurs quantifiables, l'augmentation des saisies et des arrestations. Le plus souvent, les municipalités et les services fermaient les yeux : "la drogue est ailleurs, pas ici" affirmaient généralement les élus.

La municipalité d'Orly a été une des rares villes à affronter publiquement le problème. En 1984, elle sollicite le soutien technique du Centre Pierre Nicole, spécialisé dans la prise en charge de toxicomanes.

Ce n'était pas la première fois que des institutions ou services s'adressaient à des intervenants en toxicomanie mais la réponse de ceux-ci prenait très généralement la forme d'une séance d'information. La demande était d'ailleurs précisément celle d'une "information" et les organisateurs avaient soin de solliciter également un magistrat, un policier, un médecin généraliste et parfois une assistante sociale, un journaliste, un militant d'association .... Jamais à cette époque, et encore aujourd'hui le plus souvent, les intervenants en toxicomanie ne s'autorisaient à sortir du cadre étroit de la clinique de la toxicomanie : effets des drogues sur l'organisme, personnalité du toxicomane. Il n'était pas question d'investiguer le socius, le politique, encore moins le contexte concret d'un problème local. "La drogue touche tous les milieux" c'était là plus qu'une conviction, un véritable mot d'ordre. Il sous-entend en effet que la toxicomanie est un phénomène indépendant de l'environnement, exclusivement intra-psychique. La famille était cependant impliquée, d'un point de vue psychanalytique, comme facteur étiologique de la toxicomanie. L'approche du Centre Pierre Nicole (Docteur A. CHARLES-

NICOLAS) en 1980 davantage tournée vers l'efficacité thérapeutique que vers la recherche de la cause de la toxicomanie du sujet, et essentiellement sous-tendue par le souci d'être utile et efficace, apparaissait moins pure sur le plan théorique, plus éclectique, moins idéologique, plus pragmatique, bref plus proche de la vie réelle des toxicomanes.

Ainsi donc cette Recherche-Action C.R.A.M.I.F. s'inscrit dans le droit fil de l'évolution du Projet Pierre Nicole et des besoins des institutions locales. Elle apparaît comme une rencontre entre deux itinéraires, là encore entre une offre et une demande.

En effet, si l'équipe du Centre Pierre Nicole s'est engagée dans l'action, c'est aussi pour répondre aux préoccupations de ses partenaires. Centre d'accueil, de consultation et de post-cure situé en plein coeur de Paris, le Centre Pierre Nicole avait développé, au fur et à mesure des besoins de ses patients un réseau de partenaires susceptibles de soutenir leur démarche d'insertion. De plus en plus souvent confrontés à des usagers de drogues, ces différents partenaires sont passés d'une demande de relai à une demande de soutien technique. Ce furent des associations comme AURORE ou l'ARAJEJ, vouées à la réinsertion des sortants de prisons. Au cours des années 80, les toxicomanes devenaient trop nombreux, il n'était plus possible de faire l'impasse sur les problèmes de drogues. Interdite, la drogue resurgissait, imprévisible. Des partenaires aussi divers que les Clubs de prévention (TVAS 18ème), des dispensaires d'Hygiène Mentale (18ème, secteur 2bis, Essonne), la Direction Régionale du Travail et de la main-d'oeuvre, des Mairies (Orly, XIVème arrondissement), des associations regroupant des professionnels de santé (Rambouillet) requéraient également notre intervention.

Au cours de années 70, la demande des services et des professionnels envers les spécialistes restait relativement abstraite, à l'exception de cas bien précis qu'on orientait alors systématiquement vers le système de soins spécialisés. Dès le début des années 80, de nouvelles interrogations surgissent. Il ne s'agissait plus seulement de reléguer, il fallait désormais faire face.

Au coup par coup, le Centre Pierre Nicole s'efforçait d'élaborer avec ses différents partenaires les réponses adaptées à leur cadre professionnel. Encore fallait-il pouvoir analyser les spécificités de leur clientèle. Nos partenaires nous sollicitaient précisément parce qu'ils se trouvaient devant un phénomène qu'ils ne parvenaient pas à appréhender. Leur clientèle consommait-elle effectivement des drogues? Lesquelles? Les spécialistes ne répondaient pas à ces questions autrement que de façon théorique. Devait-on s'inquiéter lorsqu'un jeune était surpris à consommer du haschich? Devait-on donner une aide financière à un sortant de prison inculpé de trafic de stupéfiants? Notre expérience de la prise en charge des toxicomanes nous fournissait des repères utiles, nous pouvions également transmettre la démarche que les professionnels spécialisés en toxicomanie avaient adoptée, mais nous étions conscients du danger d'appliquer mécaniquement nos propres réponses en l'absence d'une analyse effective des consommations de drogues, du profil des consommateurs d'une part, des missions et des pratiques professionnelles d'autre part. Répondre à la demande des partenaires avec chacun des services exigeait un travail approfondi et spécifique.

Le Docteur CHARLES-NICOLAS, Directeur du Centre Pierre Nicole était d'autant plus disposé à participer à ce travail que, parallèlement à la montée de la demande des services sanitaires, sociaux, éducatifs, nos clients avaient eux aussi évolué. Le temps où les toxicomanes revendiquaient leur marginalité et refusaient toute insertion socio-professionnelle était quasiment révolu. La très grande majorité d'entre eux souffraient d'une exclusion qu'ils n'avaient pas toujours choisie. La prise en charge achoppait trop souvent sur le travail et le logement, obstacles d'autant plus insurmontables qu'ils étaient antérieurs à la toxicomanie. En suivant pas à pas les besoins de nos clients, nous avons dû constater qu'entre la prise en charge institutionnelle et l'autonomie, il fallait élaborer des paliers et soutenir leur démarche de désintoxication en collaboration avec leur environnement, qu'il s'agisse de professionnels des secteurs de l'hébergement ou de la formation, ou de proches : familles, amis, collègues.

Telles étaient nos préoccupations lorsque nous avons soumis un projet de prévention auprès de la DRASS de l'île-de-France. Nous étions conscients de l'ampleur de la tâche. Au début des années 80, les études et recherches sur l'usage de drogue en région parisienne étaient quasi inexistantes, les statistiques issues des services rarement traitées, encore moins analysées, et les professionnels de terrain confrontés dans le quotidien à des toxicomanes, peu nombreux et très isolés. Nous nous sommes lancés dans cette aventure, confrontés dans notre démarche par les dispositifs interpartenariaux tels que le Développement Social des Quartiers ou les conseils communaux de la Prévention de la Délinquance, qui, en 1984, semblaient acquérir un rythme de croisière.

Il ne fait aucun doute que nous n'aurions pas pu mener à bien les différentes actions que nous avons impulsées ou auxquelles nous avons participé sans le soutien de la CRAMIF. Parce qu'il était nécessaire d'expérimenter de nouvelles pratiques professionnelles, qu'il nous fallait tout à la fois sensibiliser, former, mobiliser nos partenaires. Il était indispensable, du moins, pendant ce temps d'expérimentation, de travailler sur le terrain avec nos partenaires, sur des situations et des actions précises. Notre propos n'était pas de fournir des réponses toutes faites à nos partenaires mais d'élaborer avec eux une nouvelle collaboration. En terme de résultats, nous nous proposons :

1°) - d'élaborer des outils d'analyse de la situation propre à chaque service analyse des clientèles, de la demande, des besoins.

2°) - de construire entre services, associations, administrations et services de soins spécialisés un système de maillage qui, au delà des missions propres à chaque service, permettent une réponse globale aux besoins des populations.

3°) - de décrire l'évolution des modes de consommation afin de permettre une meilleure adéquation des réponses institutionnelles et sociales.

Le contrat signé entre le Centre Pierre Nicole et la CRAMIF nous a fourni les moyens de mettre en oeuvre ces expérimentations dans les trois sites retenus par la DRASS de l'île-de-France.

## 2. UNE PROBLEMATIQUE OPERATIONNELLE

Quelles ressources peut-on mobiliser qui puissent contribuer au contrôle de l'abus de drogue ? Cette question qui a servi de fil directeur aux actions de prévention dans lesquelles nous nous sommes engagés, a été relativement peu explorée dans le domaine des drogues illicites. Dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme, cette demande a été systématisée. Une des dernières campagnes fait ainsi appel aux forces sociales favorables à la tempérance, considérées ici comme personne ressource : " un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts !". La formule est plaisante, la voix de la raison a perdu son emphase pour adopter un ton moderne et décontracté. Le parti de la bonne santé l'emporte avec suffisamment d'humour pour que la formule puisse être reprise pour refuser un verre ou pour modérer un ami ou un parent. La prévention du tabagisme a adopté une démarche tout aussi efficace en transformant les non-fumeurs en acteurs de la prévention. Dans ces deux domaines, l'efficacité du message tient à l'identification et au renforcement des attitudes, opinions et comportements qui coïncident avec les exigences de la santé publique.

Dans le domaine des toxicomanies, la mobilisation des ressources est également préconisée par les experts (Conseil de l'Europe, 1984), mais les tabous qui pèsent sur la drogue rendent difficile la pensée même de ressources. Face à la drogue, le sentiment le plus général est celui de l'impuissance que nul ne peut briser. L'humour est interdit comme tout ce qui risque de familiariser ou banaliser : la drogue doit être tenue à distance et rester impénétrable. Comment contester la toute puissance de ce qu'on ne doit pas connaître? Quant à celui qui s'en est approché, n'en est-il pas devenu la victime? Par un curieux mécanisme, le discours qui vise à éradiquer le mal, le renforce au point qu'il interdit de voir les moyens les plus immédiats et les plus efficaces de combattre ce mal.

Contrairement aux idées admises, la drogue n'est pas invincible. même dans les lieux où les drogues illicites sont facilement accessibles, tout le monde ne se drogue pas; ceux qui l'expérimentent sont nombreux et tous ne deviennent pas toxicomanes. Enfin, ceux-là même qui y ont un recours régulier ou toxicomane, finissent le plus souvent par en abandonner l'usage. L'usager de drogues lui-même effectue un contrôle de sa consommation : un même consommateur peut faire alterner des épisodes d'usage intensif et des périodes d'abstinence ou de consommation modérée (Nurco et Coll. 1981). L'usage de drogue est d'abord une conduite (CHARLES-NICOLAS, 1974) ; ce qui implique qu'elle peut cesser volontairement lorsque d'autres modes de vie peuvent sembler préférables.

La toxicomanie a rarement été envisagée du point de vue des réponses, le sentiment général est plutôt celui d'un circuit infernal qu'on ne peut briser. Le pessimisme thérapeutique est aussi ancien que le problème lui-même. Au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle, médecins et aliénistes constatent leur impuissance face aux toxiques, pour certaines personnalités du moins. Jusqu'au milieu des années 60, la maladie est considérée comme incurable et la rechute inévitable. Les premières évaluations des traitements aux U.S.A. font état de plus de 90 % de rechutes à l'Hôpital de LEXINGTON de 1951 à 1953 (Vaillant, 1966).

Différentes études vont modifier sensiblement l'approche de la toxicomanie :

1°) - les évaluations des traitements font apparaître des taux d'abstinence de plus en plus élevés. Aux U.S.A., 37 % des toxicomanes en traitement entre 1969 et 1971 sont devenus abstinents six ans après, quelle que soit la méthode utilisée (Savage et Simpson, 1978).

2°) - les toxicomanes non traités, dans leur grande majorité cessent spontanément de consommer des drogues illicites. La cessation de drogue est d'abord corrélée à l'âge: au-delà de 35-40 ans, la plupart d'entre eux deviennent abstinents (Schasre, 1966). Le retour de G.I., usagers d'héroïne pendant la guerre du Vietnam, fait émerger de nouvelles hypothèses. Après trois années, 9 % seulement des toxicomanes dépendants au Vietnam ont poursuivi leur consommation (Robins et coll., 1974). La consommation de drogue est ici liée à une situation anxiogène et cesse le plus souvent, même lorsque les drogues restent relativement accessibles.

3°) - des épidémies d'héroïne à Washington et à New York de 1971 à 1974, à San Francisco de 1965 à 1974 semblent s'être éteintes spontanément. Ainsi les usagers quotidiens d'héroïne passent de 75 % à 5 % à Washington, de 67 % à 3 % à New York (NIDA, 1977) sans qu'il soit possible d'en expliciter les causes.

Le facteur déterminant de la cessation de l'usage de drogue tient, semble-t-il, à la qualité de l'environnement familial et social : telle est l'hypothèse retenue pour rendre compte de la cessation de l'usage d'héroïne des G.I. Cette hypothèse a été reprise pour interpréter la cessation de l'héroïne des toxicomanes en traitement. Pour Frazer et Hawkins, le pronostic est d'autant plus favorable que le toxicomane peut faire appel à de nouveaux réseaux de sociabilité dans son entourage (Frazer et Hawkins, 1984).

En ce qui concerne les épidémies de drogue, il semble que les sociétés soient d'autant plus perméables aux psychotropes que leur équilibre culturel, social, économique est menacé, les psychotropes licites (en particulier l'alcool) et illicites s'introduisant dans les fractures du social. L'épidémie cesserait de se propager lorsqu'un nouvel équilibre se construit, ou encore avec l'expérience acquise face à la drogue. Pour différentes que soient ces situations, elles apportent du moins la preuve que l'usage de drogue n'est pas incontrôlable.

Ces données rejoignent les nôtres, les patients du Centre Pierre Nicole ne font pas exception. ceux qui ont pu sortir du monde de la drogue sont ceux qui ont pu recevoir un soutien psychothérapeutique et social qui permette la construction d'une nouvelle identité. Ceux qui ont brisé tous les ponts et qui ne disposent d'aucune ressource propre, ne parviennent à un contrôle de leur toxicomanie qu'avec un soutien massif du Centre. L'hébergement a souvent dû être prolongé bien au-delà du contrat initial. L'insertion professionnelle a nécessité le recours aux différentes opportunités que pouvait offrir l'institution. Pour presque tous, il faut prendre le temps de construire de nouveaux réseaux sociaux et affectifs, le Centre devenant une sorte de garant de la nouvelle identité sociale de l'ex-toxicomane. Tout au long de cette reconstruction, la question des relais s'avère déterminante.

Une des difficultés, à laquelle se heurte la mobilisation des relais, de même que la mobilisation des ressources propres du toxicomane lui-même, est précisément liée au pessimisme radical qu'entretient la focalisation des médias sur le fléau. Le toxicomane lui-même en est la première victime : il lui faut découvrir par lui-même qu'au-delà des représentations collectives, il n'existe pas de trajectoire obligée du toxicomane, qu'il peut effectuer un contrôle sur sa propre consommation (Zinberg, 1984). Ses proches, sa famille, ses collègues doivent eux aussi rompre avec le discours de l'impuissance, redoublé par celui de la culpabilisation, pour apporter un soutien affectif à la démarche de désintoxication. Les succès, car il y en a, restent le plus souvent dans l'ombre: les "non-consommations" n'intéressent personne.

L'élaboration de la problématique de prévention dans les lieux confrontés à un haut taux de prévalence de consommations illicites repose pour une part sur une évaluation des prises en charge des toxicomanes au Centre Pierre Nicole. Rompant délibérément avec le pessimisme thérapeutique en vigueur, nous avons recherché les facteurs associés à la réussite de l'insertion ou réinsertion des toxicomanes. Cette approche nous a permis d'identifier différents types de ressources que nous avons situés à trois niveaux :

1°) - au niveau micro-social : il s'agit de stratégies inter-individuelles du toxicomane et de ses proches, familles, voisins, amis, collègues qui concourent au contrôle ou au refus des toxicomanes ainsi que des facteurs associés au degré de contrôle.

2°) - au niveau du privat social : à ce niveau, les réponses sont élaborées collectivement même si le cadre est informel.

Ainsi des familles maghrébines effectuent de véritables prises en charge dissuasives en renvoyant le jeune dans le pays d'origine de ses parents. Ici, les grands frères s'organisent et répondent à la menace de la délinquance et de la drogue en proposant un soutien scolaire aux plus jeunes ou des animations culturelles. Ailleurs, la confrontation de professionnels et de familles engage un processus de réflexion collective qui permet une adaptation de l'intervention aux spécificités du terrain.

3°) - au niveau sociétal : ces différentes formes de mobilisation s'appuient sur des mouvements d'opinion qui peuvent participer de mouvements sociaux. Le refus des toxicomanes peut ainsi être étayé sur le choix d'un mode de vie sain ou encore sur des ancrages culturels spécifiques à un groupe : milieux immigrés, sous-culture, jeune/anti-drogue (smurf, etc ... ) mouvement des classes moyennes, en particulier de commerçants, militantisme parental, initiatives bénévoles.

Telle était la démarche que nous proposons dans le projet initial. Les stratégies de prévention que nous préconisons ont été conçues comme un dispositif d'appui aux contrôles sociétaux et sociaux existants.

### 3. LE DIAGNOSTIC LOCAL : UN OUTIL DE MOBILISATION

L'élaboration d'outils d'analyse locale du problème, telle était une des ambitions du projet. L'efficacité d'actions locales en matière de toxicomanie tient à la prise en compte des spécificités locales des problèmes posés par l'usage de drogues. Elle tient aussi à la nature des ressources mobilisables, qui, elles aussi diffèrent d'un lieu à l'autre. La démarche préconisée est celle qu'ont adoptée les dispositifs transversaux tels que les Z.E.P. dans la lutte contre l'échec scolaire, les C.C.P.D. dans la prévention de la délinquance, le D.S.a. dans les actions de réhabilitation des quartiers. Les actions devaient s'engager sur la base d'un diagnostic commun, en conformité avec la méthodologie de projet. L'approche globale du problème devait permettre à chaque partenaire, en conformité avec ses missions, d'apporter sa contribution propre et de gérer au niveau global les interfaces par exemple entre l'Education Nationale et l'emploi, pour ce qui concerne l'insertion professionnelle ou entre les services répressifs et préventifs dans la prévention de la délinquance.

Cette démarche qui a réuni nombre d'acteurs, élus, habitants, professionnels et qui a su faire la preuve de son efficacité lorsque la mobilisation collective est affective, s'est heurtée à une première difficulté : la pauvreté de l'information sociale, économique, culturelle nécessaire à un diagnostic de terrain. Tour à tour, les chefs de projets des différents dispositifs transversaux découvraient avec horreur le coût de chaque indicateur, en terme de temps comme en terme de compétence. Pour ce qui concerne les outils d'analyse des problèmes de drogue, les difficultés sont redoublées, par les représentations collectives et par la pauvreté des recherches et des études pour ce qui concerne la méthodologie.

En 1984, il n'existait aucune donnée locale sur les problèmes de drogue. Quant aux données nationales, elles se limitent aux indicateurs indirects, c'est à dire aux statistiques des services de police, de justice et de santé qui ont été conçues pour comptabiliser les activités du service et non le nombre de toxicomanes. Toutes ces données ont été recueillies et analysées pour la ville de Paris, par R. Ingold dans le cadre de l'étude multivilles (Conseil de l'Europe, 1987). Celui-ci y constate l'incohérence des définitions utilisées par les différents services, l'absence de disponibilité de certains de ces indicateurs et la lenteur du traitement de l'information. La fiabilité discutable selon les sources rendent difficile l'utilisation de ces informations dans un objectif épidémiologique. Quant aux études sur la population, elles sont très rares. L'INSERM, par exemple, a publié en 1981, une étude sur les usages de drogue en milieu scolaire. Elle comptabilise 13,6 % des garçons et 10,1 % des filles ayant expérimenté une fois une drogue illicite, chiffre que l'INRDP évalue, pour sa part, à 24,6 % en 1983 (INSERM, 1981 ; INROP, 1983). Seul consensus parmi les experts: l'absence de données fiables et valides ... Le nombre des toxicomanes et/ou usagers de drogues, chiffre noir, constitue un enjeu politique qui rend difficile l'approche sereine du phénomène.

Au niveau local, les enjeux politiques sont tout aussi prégnants: aucune municipalité n'a intérêt à faire état d'un problème de drogue non maîtrisé. L'analyse locale du problème a comme premier effet de rendre visible un phénomène insupportable à l'opinion publique. La démarche la plus facile n'est pas tant de traiter le problème que de l'évacuer de la scène publique.

D'un point de vue strictement épidémiologique, c'est pourtant au niveau local, voire micro-local, que le phénomène peut le mieux s'appréhender, dans la mesure où les sources d'information sont clairement identifiées. En ce qui concerne les statistiques issues des services, telles que le nombre d'infractions, les saisies de drogues, elles peuvent être utilement interprétées par les professionnels issus de ces services. Au niveau local ceux-ci peuvent savoir si l'augmentation des effectifs, à un changement dans la comptabilisation ou à une progression du trafic ou de la consommation. En termes statistiques, les chiffres des services de police sont les seules données locales immédiatement accessibles. Pour les services sanitaires et sociaux, les données statistiques collectées annuellement dans l'enquête dite "4ème trimestre" ne s'effectuent pas avec ceux d'une action locale. Leur fiabilité et leur validité sont du reste discutées (Costes et Le Faou, 1988). Par contre, au niveau local, des analyses de clientèles peuvent parfaitement s'envisager pour tous ceux qui s'adressent au système de soins pour le traitement de leur toxicomanie. L'évaluation de l'usage de drogue dans les clientèles des services non spécialisés est nettement plus délicate, les obstacles étant liés à la définition de la toxicomanie, ou encore, à l'extension du concept "d'usage de drogue".

Lorsque nous nous sommes lancés dans cette entreprise avec les services de la Ville d'Orly, il nous a fallu d'abord élaborer collectivement des principes déontologiques : A quel moment, de quelle façon un service tel que la Mission Locale, qui vise à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, doit-il prendre en compte l'abus de drogue? Comment un éducateur qui accompagne un jeune dans sa démarche d'insertion peut-il établir une liaison avec un centre de formation en respectant le secret professionnel ?

Autre type de données indispensables à l'approche du problème, les données qualitatives issues de l'observateur direct. Une partie des acteurs, élus, habitants, professionnels ont une bonne connaissance du terrain et peuvent trouver les relais utiles: gardiens d'immeuble, jeunes, associations de locataires ... L'approche qualitative est d'autant plus déterminante que le vécu des populations participe du problème lui-même. La difficulté, comme pour toutes les données qualitatives, tient à l'évaluation de la fiabilité des données ainsi recueillies, avec, pour handicap supplémentaire, le poids des représentations dans ce domaine. Comment traiter les rumeurs puisqu'au niveau local le phénomène ne surgit que sous forme de rumeurs ?

Pour les services et associations non spécialisés dans le domaine des toxicomanes, la première difficulté tient à l'identification même du phénomène. Comme toutes les pratiques délinquantes et déviantes, la consommation de drogue n'est visible qu'aux initiés, au sens où Goffman l'entend, soit une personne qui, vivant aux côtés des personnes stigmatisées, a appris à en reconnaître les comportements et attitudes (Goffman, 1963). Au tout début des années 80, le phénomène était encore très nouveau et mal connu et les jeunes venus demander une aide à la

circonscription d'action sociale ou une formation à la mission locale ne prennent pas le risque de s'annoncer comme toxicomanes. Il nous a fallu mener conjointement à la démarche des actions de formation qui ont participé de la démarche de diagnostic (voir rapport sur Orly Ch. 4).

La discussion et la confrontation systématique des différentes sources d'information sont les premiers outils dont on dispose, les recherches et études dans ce domaine étant peu nombreuses et, pour ce qui est des recherches ethnographiques, utilisables en terme de méthode plus qu'en terme de résultats. Des études ponctuelles peuvent aussi être envisagées.

En 1982 à Orly, à l'exception de la M.J.C. où les jeunes usagers de drogue, accueillis et suivis par un animateur avaient fait irruption, la drogue restait invisible. Pour le service de santé scolaire, le C.P.P.N. ou la circonscription d'action sociale, la drogue n'était qu'une rumeur. Il en était de même pour la plupart des services du XVIIIème arrondissement de Paris que l'équipe du Centre Pierre Nicole a réuni en créant, dans le cadre de la Recherche-Action, une "Concertation Toxicomanie". Avec une différence sensible: la rumeur était entretenue par les média. Sans doute était-elle crédible mais les services de santé scolaire, le secteur psychiatrique ou le Foyer de Jeunes Travailleurs ne pouvaient appréhender le problème qu'au travers de cas isolés relativement rares. Spontanément, la plupart des professionnels ont adopté une représentation "iceberg" du problème, accompagné d'un sentiment d'impuissance : les logiques du service, en terme d'organisation et de pratiques professionnelles mais aussi en terme de missions ne permettent pas d'appréhender le problème de la drogue, construit par les média et l'opinion publique comme un problème d'insécurité et de délinquance. Pour les acteurs du Forum des Halles, services de police, services de sécurité, commerçants, le problème posé est celui de la visibilité, la délinquance étant relativement réduite dans cet espace très contrôlé. A cet égard, une intervention policière massive est tout autant à éviter dans la mesure où elle atteste l'existence d'un danger.

De fait, la question de fond qui détermine aussi bien le recueil des informations que celui de la mobilisation des ressources est celle du problème posé. Les mots "drogue" et "toxicomanie" masquent une diversité de réalités sociales, économiques et culturelles: petite délinquance ou trafic international, sentiment d'insécurité et visibilité, insertion des jeunes et processus d'acculturation, crise culturelle et exclusion, accès aux soins et prévention du Sida. Une des difficultés du diagnostic comme de l'intervention tient à la nécessité de traiter les consommations de drogues dans leur interface avec une réalité sociale, médicale ou économique. C'est aussi dire que la méthodologie adoptée qu'il s'agisse d'élaboration d'outils d'analyse ou de mobilisation des acteurs dépend des priorités que l'on se donne.

Dans chacun des sites où nous sommes intervenus, notre premier travail a été de procéder, avec les acteurs de terrain à un traitement de l'information existante, quelle que soit sa forme : rumeurs, articles de journaux, pratiques professionnelles dans les services, attitudes et comportement, observations sur le terrain. La confrontation de ces données souvent disparates, subjectives et contradictoires, permet d'élaborer des hypothèses de travail et de construire un

plan de travail pour évaluer la fiabilité et la validité des informations existantes.

Au-delà des données directement accessibles, la démarche de validation exige le plus souvent, la recherche d'autres sources d'information. Procéder à un inventaire des instruments qui concourent à un diagnostic local, c'est aussi procéder à une mobilisation de nouveaux partenaires: les données chiffrées ou même qualitatives, ne sont produites que si elles servent et chaque indicateur doit être considéré comme un investissement.

Les Clubs de prévention ou les services sociaux des C.A.F., les associations de parents ou les gardiens d'immeubles ne sont à même de produire et transmettre des informations que s'ils sont sensibilisés au problème.

Le travail de diagnostic est ici considéré non comme un préalable mais comme une technique qui participe de l'action elle-même et permet tout au long de l'action des réajustements et des évaluations stratégiques. Toute l'information n'est pas nécessairement produite par les acteurs et le recours à des études ou à des sondages d'opinion peut s'avérer indispensable. Mais la commande doit s'intégrer dans le processus d'analyse collective du problème, véritable moteur de l'action.

Le Forum des Halles est certainement le lieu où la démarche de diagnostic a été la moins participative. La commande était celle des Pouvoirs Publics, dans un des lieux les plus délocalisés qui soit. Services de sécurité, commerçants, Groupement d'intérêt Economique ont accepté de répondre à nos questions sans se sentir partie prenante d'un projet. Il en est de même pour le secteur associatif, en particulier l'Abbaye et la Clairière, seules associations à intervenir sur le Forum.

En l'absence de dynamique collective, l'enquête s'est fixée un objectif opérationnel: élaborer des hypothèses de travail sur une population qui nous semblait caractérisée d'abord par le cumul des exclusions. Le dispositif d'enquête s'est construit sur le système de catégorisation des acteurs du Forum, usagers, commerçants et services de sécurité. Trois groupes ont été désignés :

les "zonards" ,nouveaux clochards, qui incarnent dans une proportion inquiétante l'échec des institutions (Aide Sociale à l'Enfance, Hôpitaux Psychiatriques, prisons)

- les "Rastas" ,groupe hétérogène, mêlant métropolitains, métis et originaires des DOM TOM , réunis d'abord par l'exclusion ou la non-appartenance à une communauté, dans une revendication culturelle multiforme.

- les "Africains" ,gagne-petits du trafic de drogue dont l'exclusion s'énonce d'abord en termes économiques.

L'enquête qui s'est déroulée en quatre mois, ne prétend pas être une description ethnographique rigoureuse. Elle a toutefois permis d'esquisser différents maillages comme réponse au redoublement de l'exclusion, expérimentés en particulier par le Docteur MAMAH responsable de L'enquête auprès de la population africaine du Forum et membre fondateur de l'URACA, association d'entraide de ressortissants africains.

A Orly, la construction du problème s'est effectuée de par la constitution de la Commission Toxicomanie : que peuvent faire, face à la drogue, les services qui ont pour usagers de jeunes orlysiens ? La réunion même de ces services introduit une rupture avec la logique de la spécialisation: aucun de ces services n'était mission né pour intervenir sur la toxicomanie. Tous ont accepté, au-delà des logiques bureaucratiques, de réfléchir collectivement et proposer une contribution à l'approche de ce problème dont la première particularité est justement de rester invisible aux services et institutions.

Le traitement de la rumeur a été une des premières questions soulevées dans la Commission. Parce que la drogue est interdite, le traitement de l'information strictement professionnelle, quand il s'agit de services non spécialisés, ne peut suffire à appréhender le problème. Les représentations collectives et la dramatisation excessive du problème rendent difficiles l'identification des usages de drogue : comment imaginer que tel jeune, semblable en tous points à ses copains, soit usager de drogue ? La toxicomanie n'est visible qu'au bout de la chaîne, alimentant ainsi les productions imaginaires les plus dramatisantes.

La diversité des services et des pratiques professionnelles a été exploitée de façon systématique. Services sociaux, services intervenant sous mandat judiciaire ou administratif, équipement socio-culturels, ont tous des jeunes une approche différente : la confrontation des points de vue devient ici un outil de connaissance.

Un des atouts du dispositif est certainement la bonne implantation sur le terrain de professionnels de la ville. Si un animateur n'avait pas su établir le contact avec cette population, le phénomène serait resté une rumeur, comme dans beaucoup d'autres villes. Le témoignage des professionnels de terrain a ainsi fourni une première clé : la toxicomanie n'était pas qu'une rumeur. Restait à évaluer son ampleur, ses modalités : qui se drogue ? Comment? Avec quel type de socialisation ? Quelles réactions de l'entourage? Toutes ces questions déterminantes pour développer des actions de prévention adaptées, ont été peu à peu explorées avec le témoignage des professionnels les plus proches du terrain, ou encore par des enquêtes menées sur les lieux où la drogue fait problème. Les résultats rapportés dans la Commission ont suscité une réflexion collective. Si dans tel immeuble, telle cité, un jeune sur trois utilise occasionnellement ou régulièrement des drogues illicites, pouvait-on espérer que le collègue soit totalement indemne? La collecte d'informations externes et leur intégration dans les services s'est effectuée au travers des objectifs d'action que la commission s'est fixée. Nous citerons ici deux exemples, au titre de démarche méthodologique : la création d'un groupe d'appui jeunes et d'un groupe d'appui parents qui ont connu des fortunes diverses, mais ont du moins imposé une approche effective des personnes.

Convient-il de parler d'information ou de formation? De fait, la circulation de l'information entre les services s'est accompagnée de séances de formation d'une part, de dispositifs d'information d'autre part : organisation de journées de rencontre entre les membres de la commission et des jeunes engagés dans un processus de désintoxication: "déjeuners cliniques", où les prises en charge étaient réfléchies collectivement et analysées avec le Centre Pierre

Nicole. Des prises en charge en réseau ont commencé à s'effectuer entre éducateurs, responsables de la Mission Locale, assistantes sociales de la Maison Sociale. Parallèlement, de nouveaux acteurs ont été mobilisés, médecins, généralistes, pharmaciens, gardiens d'immeubles. Le phénomène de la drogue est aujourd'hui bien cerné dans la Commission Toxicomanie d'Orly qui est à même d'enregistrer les évolutions récentes telle que la stabilisation croissante et les progrès de la séropositivité et du Sida.

#### **4. - IDENTIFICATION DES RESSOURCES**

Si les services sanitaires, sociaux, éducatifs du XVIIIème arrondissement de Paris pouvaient s'interroger sur la fiabilité des rumeurs, les habitants de la Goutte d'Or et, avec eux, médecins généralistes, travailleurs sociaux, pharmaciens, étaient eux directement confrontés au monde de la drogue. La question n'était pas tant celle de l'ampleur du phénomène que des ressources mobilisables. N'y avait-il rien à faire? Rien de possible? Un temps, les habitants du quartier ont tenté de réagir. En vain. Le fatalisme régnait en maître.

Trouvant l'impulsion dans la Concentration Toxicomanie des services sanitaires et sociaux du XVIIIème arrondissement mise en place par le Centre Pierre Nicole, une éducatrice de l'ACDJI, Club de prévention intervenant à la Goutte d'Or, a entrepris de réunir ceux qui, dans le quartier, refusent la transformation du quartier en ghetto de la drogue. Un groupe dit "groupe d'appui" se forme. La création de l'Association "Espoir Goutte d'Or" est due à la rencontre entre ce groupe dit "groupe d'appui" et des jeunes directement confrontés à la toxicomanie, en voie de stabilisation, désireux de créer, dans le quartier, un lieu d'accueil des toxicomanes. Ce groupe pré-existait à E.G.O., il avait deux années auparavant, fait une première tentative mais n'avait pas réussi à s'organiser seul. L'association se crée dans la volonté d'un travail en commun. Personne, ni habitants, ni professionnels, ni toxicomanes, ni spécialistes n'avaient de solution toute faite. Ceux qui ont accepté de se réunir ont aussi accepté de partir à l'aventure et d'expérimenter ensemble les différentes réponses qui étaient à leur portée. Les premières ressources d'EGO, ont été les hommes et les femmes qui ont fait vivre l'association et qui ont chacun apporté leurs ressources propres: connaissance du quartier, réseaux relationnels, connaissance du problème de la drogue et, pour les professionnels, réseaux institutionnels.

Identifier les ressources mobilisées par EGO, c'est raconter l'histoire de l'association, les suivis de toxicomanes effectués collectivement, le soutien apporté aux familles, les médiations effectuées avec le système de soins. L'exploration des ressources, qu'elle soient sociétales ou institutionnelles s'est effectuée en réseau, du directeur d'école à l'association de parents, du toxicomane à son médecin ou sa famille, du spécialiste du sida à son patient.

La volonté d'une solidarité active face au problème est l'unique critère d'admission dans le réseau mais, de part les choix effectués, le projet commun s'est spécifié. Les personnes qui constituent le réseau sont d'abord à la recherche de réponses qu'elles peuvent apporter de la place qu'elles occupent dans leur vie professionnelle, sociale, personnelle. Comment une pharmacie, (qualifiée parfois de "services de première ligne" les pharmaciens sont sans doute les professionnels qui ont le contact le plus quotidien avec les toxicomanes actifs) peut-elle devenir

un centre névralgique auquel tout un chacun peut avoir recours? Quelle entraide entre toxicomanes? Comment un enfant du quartier peut-il réagir lorsqu'il voit ami, voisin, frère, sombrer brutalement dans la drogue?

La démarche adoptée, et c'est là une des caractéristiques essentielles du projet, est la confrontation des expériences, des compétences, des savoir-faire. Le réseau est conçu comme réseau d'entraide et d'échange. Echange de personne à personne, en terme de sympathie, d'affectivité ; échange en terme de compétence, de savoir-faire. Car la bonne volonté ne suffit pas. Le suivi des toxicomanes, le soutien aux familles, aux malades du sida, la prévention auprès des jeunes, la mobilisation des habitants, celle des professionnels, exigent l'acquisition de compétences, en même temps que l'élaboration et la transmission de nouveaux savoir-faire. Si des professionnels compétents viennent y travailler bénévolement, c'est qu'ils peuvent y apprendre à adapter leurs pratiques professionnelles aux spécificités de cette population. Réciproquement, les habitants viennent acquérir une distance et des outils d'analyse qui leur permettent d'appréhender un phénomène face auquel ils sont d'autant plus désarmés qu'il est récent et que les média, dans les reportages ou les séries T.V. présentent comme insurmontable.

En termes de ressources, la stratégie adoptée peut être qualifiée de "tout azimut", ressources internes au quartier et ressources externes étant en constante interaction. Le collectif invite à participer à son travail tous ceux dont la compétence peut être utile au développement du projet : partenaires, décideurs, acteurs d'actions locales dans les domaines de la toxicomanie, de la santé communautaire ou de l'insertion professionnelle, ou encore, experts-comptables, journalistes, réalisateurs de film. Ces participations exigent un effort d'autant plus difficile que le réseau lui-même est composé de personnes qui n'ont pas la même appréhension du problème, les mêmes systèmes de référence ni les mêmes types de contraintes.

L'équilibre est fragile entre habitants, insérés différemment dans la vie du quartier et professionnels, travailleurs sociaux, médecins: les horaires, les investissements, le rapport à la parole les différencient et l'association n'est sauvegardée que par l'appropriation par tous du projet commun.

L'identité de l'association se forge au quotidien dans les actions menées, discutées et évaluées dans le collectif. La participation à des formations (UNAFAL T, St Germain des Prés) a également contribué au renforcement de l'association. EGO mène en outre des actions d'animation au niveau du XVIIIème arrondissement dans le cadre de la Concertation Toxicomanie ainsi que de la région Ile-de-France (réseau d'actions communautaires, EGO, Bagneux, Créteil). Les membres d'EGO ont participé au montage des deux colloques "Politiques locales et toxicomanies" avec l'Association FIRST, à Marly-le-Roi et à Strasbourg, ainsi qu'à la campagne Nord-Sud, Luxembourg). Ce développement rapide a nécessité la création d'un poste de coordinateur dont la difficile mission est de maîtriser et hiérarchiser les ressources de l'association.

## 5. - L'AFFAIRE DE TOUS

L'hypothèse de travail qui a présidé au travail dans les différents sites peut s'énoncer dans une formule médiatique qui fait consensus mais qui fait aussi illusion: "la toxicomanie est l'affaire de tous" . Au début des années 70, le système de soins spécialisés a été conçu, avec un consensus général entre experts, média et opinion. La relégation aux seuls spécialistes et l'isolement n'avaient-ils pas fait leur preuve dans la lutte contre la tuberculose? Pour l'opinion publique, le recours aux centres spécialisés et fermés apparaissait comme une réponse humaine à une gangrène qu'il fallait éradiquer. Les toxicomanes eux-mêmes revendiquaient leur spécificité et la nécessité de l'isolement : il leur fallait aller "ailleurs", loin de la tentation. Quant aux spécialistes, on peut les soupçonner - des approches sociologisantes l'ont fait - d'avoir voulu se réserver un lieu de toute puissance et d'expertise. Rappelons toutefois que les premiers centres spécialisés ont été construits, au tout début des années 70, alors que les débats sur culture dominante et contre-culture, imposition des normes et contrôle social, faisait rage. La fermeture des institutions aux pressions de l'environnement, de la famille ou des services de justice ainsi que l'exigence d'une demande personnelle du toxicomane ont été justifiées en terme de déontologie médicale : soigner ceux qui, confrontés à leur souffrance, requéraient une aide et refuser de médicaliser les débats culturels sur le choix des valeurs et des modes de vie. C'était, très clairement, la position du Docteur OLIENVENSTEIN et de ses élèves, dans un souci de respect de la liberté du patient.

La diversification des modes de consommation et l'extension des consommations de drogues à des populations très démunies, impose, non pas une remise en cause de la déontologie médicale, mais une nouvelle articulation des interventions auprès des toxicomanes. L'interface entre consommation des drogues et crise d'adolescence ou troubles psychiques a été une des forces des services de soins spécialisés. Aujourd'hui, il faut aussi prendre en compte les difficultés d'insertion socio-professionnelle, les processus d'acculturation, les ghettos, le contrôle de la violence et de la délinquance, les exigences de la santé publique, en termes de prévention et de soins. Le système de soins spécialisés ne peut prétendre y répondre seul : il lui faut tisser de nouvelles alliances.

A contrario de la logique de la spécialisation qui a prévalu jusque dans les années 80, la tentation est grande de renvoyer les toxicomanes au régime général : l'hébergement social, la formation professionnelle, les médecins généralistes "n'ont qu'à" accepter cette nouvelle clientèle ... La réalité est plus cruelle. L'affaire de tous est en passe de devenir l'affaire de personne faute de reconnaître sa spécificité.

Centres d'hébergement, missions locales, clubs de prévention en font souvent l'expérience douloureuse. Ici, un appartement réservé à la réinsertion des sortants de prison est transformé en quelques semaines en squatt, là un jeune dont le stage ou l'emploi a été longuement négocié avec un chef d'entreprise, somnole pendant les heures de travail, et laisse, dans les toilettes, des cotons ensanglantés. Ailleurs, l'espace d'animation culturelle se transforme en lieu de trafic.

Sur le terrain, la spécificité des toxicomanes est difficilement contournable, elle exige au moins expérience et savoir-faire comme tous les troubles et déviances : suivi des jeunes, petite délinquance, alcoolisme, prostitution. Avec ces deux différences: l'usage des drogues illicites est relativement récent chez les jeunes les plus démunis et les imageries collectives contribuent à obscurcir la compréhension du phénomène. De nouveaux savoir-faire doivent s'élaborer qui tiennent compte de ces spécificités. A cet égard, l'expérience acquise dans la prise en charge spécialisée est précieuse. En collaboration avec des professionnels de terrain, le Centre Pierre Nicole a choisi de contribuer à la conception et à l'expérimentation de nouvelles approches du problème de la drogue avec pour toile de fond un nouvel état d'esprit : le pragmatisme, la proximité et la solidarité avec les toxicomanes, l'efficacité des réponses à leurs demandes.

## **6. - PRISES EN CHARGE EN RESEAU**

En suivant ses clients dans leur démarche de désintoxication, le Centre Pierre Nicole avait été amené à expérimenter, avec différents partenaires sociaux, et particulièrement ceux de l'hébergement social, des collaborations que nous ne nommions pas encore "des prises en charge en réseau". Les centres d'hébergement et les associations qui visaient à la réinsertion des sortants de prison refusaient alors toxicomanes ou même ex-toxicomanes. Il est vrai que la ligne de démarcation entre ces deux catégories peut être mouvante ... Au cas par cas, nous avons négocié l'admission de nos résidents, en proposant de poursuivre le soutien thérapeutique. Non sans débats: ne devenions-nous pas les otages de nos clients? Pouvions-nous servir de garants de la marche de désintoxication? Il nous fallait bien constater que sans logement, la rechute était inévitable.

Avec logement et travail, tout n'était pas réglé pour autant, mais la stabilisation devenait possible. Le pronostic s'avérait meilleur avec une double prise en charge. Au quotidien, nous avons adopté, avec les centres d'hébergement et avec nos clients, une démarche contractuelle, chacun des acteurs acceptant une part du risque.

A la Goutte d'Or, ces expérimentations ont été systématisées. Le réseau entier s'investit dans le soutien aux toxicomanes, et à ses proches. Non sans difficulté : le réseau ne suffit pas à éliminer rechutes et récidives. Lorsque Steve, un des tous premiers toxicomanes accueillis dans le réseau de la Goutte d'Or, est parti sans payer la note d'hôtel pour laquelle le collectif s'était cotisé, le sentiment d'impuissance a bien failli emporter le réseau tout entier. L'expérience des intervenants en toxicomanie s'est révélée précieuse: les bons sentiments ne suffisent pas, il fallait collectivement expérimenter des procédures de négociation et de contrôle.

La pratique des prises en charge en réseau est encore mal formalisée. Elle offre des avantages qu'il conviendrait d'explorer plus méthodiquement d'un point de vue clinique. Nous les opposons aux prises en charge collectives préconisées dans les communautés thérapeutiques. Parce que la prise en charge en réseau est composée d'une succession de relations inter-

individuelles qui ont chacune leur dynamique propre, elle laisse au toxicomane la marge de manoeuvre qui est celle des relations sociales dans nos sociétés par la diversité des rôles et des investissements qu'elle autorise. les moments de concertation entre les acteurs, avec, si possible, la présence de l'intéressé, fait apparaître une diversité de points de vue qui est aussi une forme de contrôle des transferts et contre-transferts. Elle participe ainsi d'un processus d'auto-formation et d'inter-formation que nous avons expérimenté dans les réunions de synthèse de l'équipe tout particulièrement diversifiée du Centre Pierre Nicole.

Deux types de contraintes ont été positivées au point de devenir des outils de travail : les limites de la disponibilité de chacun et la diversité des approches et des formations. En instituant d'entrée de jeu des suivis où s'implique chaque membre du réseau, une dynamique d'échange de savoirs et de savoir-faire s'instaure: les professionnels tels que le médecin généraliste ou le pharmacien acquièrent en collaborant avec les familles du quartier, la compréhension de la dimension culturelle, le spécialiste en toxicomanie découvre de nouveaux modes de consommation, le toxicomane initie sur le terrain bénévoles et professionnels à ses forces et à ses faiblesses tandis que la rencontre avec les habitants, appartenant à différents milieux, architecte, étudiant, ouvre à de nouvelles valeurs voire de nouvelles identités. Tous enfin, toxicomanes, familles, professionnels savent qu'ils ne sont pas seuls.

A Orly, ces pratiques se sont développées entre les différents professionnels : un animateur accompagne régulièrement un jeune séropositif au Centre Municipal de Santé, une assistante sociale fait le lien avec un éducateur ou la Mission Locale, qui elle-même peut négocier dans un Centre de formation professionnelle en continuant d'apporter son soutien. Ces pratiques en réseau s'étendent au-delà du territoire de la commune, avec les centres hospitaliers et le système de soins spécialisés en toxicomanie. Les collaborations sont d'abord établies entre professionnels, elles impliquent la maîtrise des logiques de services : à qui doit-on faire appel ? Comment? La mobilisation des services est d'abord la mobilisation des personnels qui y travaillent; le réseau, au contraire de la coordination, se monte de personne à personne qui ne délègue pas mais invente des collaborations. Cette pratique permet l'expérimentation d'innovation ; elle en présente les faiblesse: un professionnel s'en va, et le réseau doit être construit. Parce qu'il implique la gestion de relations personnalisées, il exige un investissement important en temps. La participation à des réunions de travail, à des concertations ou colloques est impérative sans que la demande du client diminue, au contraire. Plus les réponses sont adaptées, plus la demande augmente et, dans le même mouvement, la charge de travail ... Le bénéfice est celui d'une efficacité accrue, d'une meilleure adéquation des réponses, d'un contrôle local des toxicomanes. Reste à le valoriser.

## POUR UN PREMIER BILAN

Cinq ans se sont écoulés, dont il est difficile de faire le bilan. Dans les trois sites où nous sommes intervenus, des projets nombreux ont été réalisés, des associations se sont créées que nous avons impulsées ou auxquelles nous avons participé. Nous en avons cités quelques uns : la Concertation Toxicomanie avec différents services sanitaires, sociaux et éducatifs du XVIIIème arrondissement, familles, professionnels de l'action sanitaire, sociale, éducative, prêtre. A Orly, les actions se sont multipliées : actions de prévention auprès des jeunes, création d'un groupe d'appui aux parents, mobilisation et formation de nouveaux partenaires: gardiens d'immeubles, médecins généralistes. Le "Bus Santé" d'Orly qui a circulé dans les différents quartiers et écoles de la ville, a permis de valoriser trois années de travail de la Commission. Animé par les équipes de la Commission Toxicomanie, le "Bus Santé" s'est fixé un double objectif: sensibiliser la population d'Orly à la prévention et rapprocher les services de la ville des usagers. Au Forum des Halles, des animations ont été organisées : en particulier le "débat théâtralisé", forme d'action théâtrale en public qui a eu un très vif succès ; dans la foule plusieurs spectateurs ont véritablement "joué le jeu" en venant sur l'estrade prendre la place d'un acteur et jouer le rôle du dealer, du drogué ou du malade du Sida. Dans le prolongement de L'enquête effectuée sur le Forum des Halles, le Docteur Moussa MAMAH, responsable de L'enquête auprès des Africains, a participé à la création de l'Association URACA et anime, sous la direction du Docteur CHARLES-NICOLAS, une vaste action de prévention du Sida dans les communautés africaines en Ile-deFrance lancée par FIRST et subventionnée par l'Agence Française de lutte contre le Sida, la Direction Générale de la Santé, la Direction de la Population et des Migrations.

Un des premiers effets de la mobilisation des services et des hommes a été de développer une connaissance plus précise du phénomène, connaissance qui est d'abord une connaissance empirique qui se forge sur le terrain en se rapprochant des populations proches du risque. Pour ceux qui ont accepté de s'investir dans différents projets, professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, mais aussi habitants, élus, gardiens d'immeuble, la drogue a cessé d'être un phénomène purement médiatique, les usagers de drogues ont désormais un visage, une histoire.

Cette connaissance ou expérience produit des effets tangibles en terme de mobilisation ,de production de nouveaux savoir-faire :

1) - en terme de mobilisation : l'action des professionnels à Orly, de l'association E.G.O. à la Goutte d'Or est d'abord un engagement public. La drogue cesse d'être un tabou, qu'entretiennent la peur et la complicité. A Orly, des habitants, des jeunes ont à leur tour pris position et manifesté leur refus de la toxicomanie. Dans une cité, des jeunes font circuler une feuille qui recueille une cinquantaine de signatures : ces jeunes disent "non" au trafic de l'héroïne dans leur cité. Dans une autre, une overdose provoque le ressaisissement d'un réseau comprenant jeunes et adultes. Les usagers de drogues, soutenus par leur entourage, s'engagent

dans une démarche de désintoxication. Ces actions sont ponctuelles. Elles ne se sont pas traduites par la création d'organisations ou d'associations qui agissent sur le long terme, mais elles sont des indicateurs précieux d'un retournement collectif. Le silence entretenait tout à la fois le sentiment d'isolement et le sentiment d'impuissance. Le simple fait de s'adresser, ici à E.G.O., là à des professionnels de la ville témoigne de la volonté d'agir.

2) - en terme de nouveaux savoir-faire : ces nouveaux savoir-faire se sont construits dans des prises en charge en réseau, où participent des professionnels de différents services, et quelques fois familles et toxicomanes eux-mêmes. A Orly, ce sont des doubles prises en charge qui associent par exemple, club de prévention, mission locale et centre de formation professionnelle, M.J.C. et médecins du Centre communal de santé.

A la Goutte d'Or, des collaborations étroites se sont nouées avec des services hospitaliers pour la désintoxication (Hôpital COCHIN) et pour le suivi des toxicomanes malades du Sida (Hôpital de COLOMBES, service du Professeur MICHON).

Le premier résultat de ces pratiques est d'augmenter le nombre des toxicomanes suivis, l'accompagnement dans les services favorisant l'accès aux soins en permettant une meilleure adéquation de l'offre de service aux spécificités de ces populations.

La participation de la population, famille, toxicomanes a été un des soucis constants, à la Goutte d'Or comme à Orly. A Orly, un groupe s'est créé, animé par deux professionnels. A la Goutte d'Or également, des parents ont participé à différentes actions de l'association. Ces participations répondent à un véritable besoin, mais elles exigent un investissement massif, et un esprit d'innovation, les formes d'organisation devant être élaborées sur le terrain avec des populations qui n'ont pas pour habitudes de s'organiser spontanément.

Il en est de même pour les toxicomanes. Leur participation est constitutive de la création d'E.G.O. Il n'empêche que les modalités de leur investissement exigent un réajustement permanent. Au moment même où ils jouent un rôle moteur, ils peuvent aussi se désinvestir brutalement dans l'action, mais aussi dans leur propre démarche de désintoxication et rechuter. A Orly, ils ont joué un rôle sensible, ont participé à des groupes de formation avec des professionnels, à un groupe d'entraide animé par une éducatrice, à l'animation du BUS d'Orly, mais ces différentes actions n'ont pu trouver d'expression à long terme, les formes d'organisation restant à découvrir. Les hauts et les bas par lesquels ils font passer aussi bien l'entourage que les professionnels sont une des données du problème ; la tentation est grande de se passer d'eux. En même temps, l'efficacité de l'action tient précisément à leur participation ; pour ce qui est du soin - l'adéquation de l'intervention résidant dans la capacité des services à négocier avec eux - mais aussi en terme de prévention primaire. Pour être crédible dans un quartier à haut niveau de prévalence, il ne suffit pas de dire qu'il ne faut pas se droguer, il faut aussi faire la preuve, sur le terrain, de la capacité de faire face au problème, en l'espèce, faire face aux toxicomanes.

Comment évaluer les actions de mobilisation? Peut-on affirmer qu'elles réduisent le taux de prévalence des toxicomanies d'une part, le sentiment d'insécurité d'autre part ? Combien de toxicomanes ont-ils cessé leur consommation ? Généralement les professionnels se montrent, quant aux résultats, extrêmement circonspects, d'autant que l'action au quotidien est le plus souvent décourageante. Changer les conduites des hommes, des groupes est une longue histoire, ce qui ne signifie pas que l'entreprise soit désespérée, mais que les résultats sont longs à obtenir. L'engagement, la bonne volonté, ne suffisent pas à résoudre magiquement le problème de la drogue. Ils participent néanmoins à son contrôle, ce dont témoigne des indicateurs objectivables. A Orly lors de l'évaluation effectuée en décembre 1988, tous les indicateurs concordent: statistiques de la gendarmerie et de la police, évolution qualitative sur le terrain, profil des clientèles dans les services sanitaires et sociaux. D'autre part, un certain nombre de toxicomanes suivis se sont réinsérés et les professionnels peuvent désormais citer des cas de désintoxication. La consommation d'héroïne est stabilisée dans un groupe de jeunes adultes. Les plus jeunes ne semblent pas prendre la relève, pour ce qui est de l'héroïne du moins.

Cette stabilisation n'allège pas pour autant la tâche des professionnels confrontés aux cas les plus lourds, sur lesquels pèsent chaque jour davantage la menace du Sida. Un noyau dur de chroniques, continue de se marginaliser, et exige un investissement accru. Le nombre important de séropositifs et de malades interdit toute gloriole. Au mois d'août 1989, au mois de janvier 1990, la ville d'Orly a identifié un mort toxicomane par mois, suicides, accidents et maladies liées à l'infection H.I.V.

En outre la stabilisation de l'héroïne, indiscutable pour les années 1987-1988, ne signifie pas résolution des difficultés d'insertion des jeunes ; consommation de médicaments et d'alcool d'une part, tentatives de suicide d'autre part restent tout à fait préoccupantes. Les résultats obtenus sont fragiles. Ils ne signifient pas éradication du mal. Comme tous les problèmes sanitaires et sociaux, ils exigent une mobilisation constante, dont les moyens financiers et humains sont sous-évalués. Dans ce domaine, le "il n'y a qu'à" est hautement préjudiciable. Il n'y a pas dans le domaine de la drogue, de solution miracle. La meilleure adéquation de l'offre de service aux nécessités de terrain s'effectue lentement. Si les professionnels sont seuls à porter le poids de leur engagement, on peut craindre qu'un désinvestissement ne succède aux actions les plus réussies.

A Orly, à la Goutte d'Or, il existe aujourd'hui des atouts précis : des personnes, des professionnels expérimentés, des réseaux de services, des associations sensibilisées, une volonté de solidarité enfin qui se manifeste silencieusement dans les relations, inter-individuelles, mais aussi par des actions publiques, telles que le BUS d'Orly, des actions de prévention en matière de Sida, à Orly comme à la Goutte d'Or.

Un tel effort ne peut s'effectuer au seul niveau local. En terme de projets, en terme de pratiques, une capitalisation doit s'effectuer qui permette une dynamisation des actions locales. La création de l'association F.I.R.S.T. répond à cet objectif: expliciter, formaliser, diffuser les outils méthodologiques nécessaires à nos partenaires. Le but de l'Association est de répondre à la demande d'expertise de services, d'associations ou de collectivités locales: enquête de terrain, formation, audit, mise en place de projets.

Parce-que d'autres services, d'autres associations se confrontaient, parallèlement à notre démarche, aux problèmes de drogue dans les quartiers, nous avons pu impulser une dynamique nationale. Le 1er Colloque "Politiques Locales et Toxicomanies" s'est déroulé à Marly le Roi les 21-22-23 janvier 1988 et a regroupé environ 300 acteurs de terrain - responsables de services, élus professionnels de terrain et représentants des administrations centrales. Lors du deuxième colloque "Les Cités Européennes face à la Drogue" à Strasbourg le 23 janvier 1990, la confrontation des expériences s'est située cette fois au niveau européen avec les villes de Liverpool, Madrid, Amsterdam, Francfort, Turin, Lisbonne. En terme de mobilisation de ressources communautaires, nous avons certainement accompli les engagements que nous avons pris. Avec l'organisation des deux colloques "Politiques Locales et Toxicomanies", nous sommes allés au-delà en suscitant une dynamique nationale et européenne. A la suite de ce qu'a montré le Colloque de Strasbourg, les Pouvoirs Publics français ont été sollicités par des responsables israéliens pour le "Fifth International Congress on Drug Abuse" qui doit consacrer sur la scène internationale la "manière française d'aborder la toxicomanie".