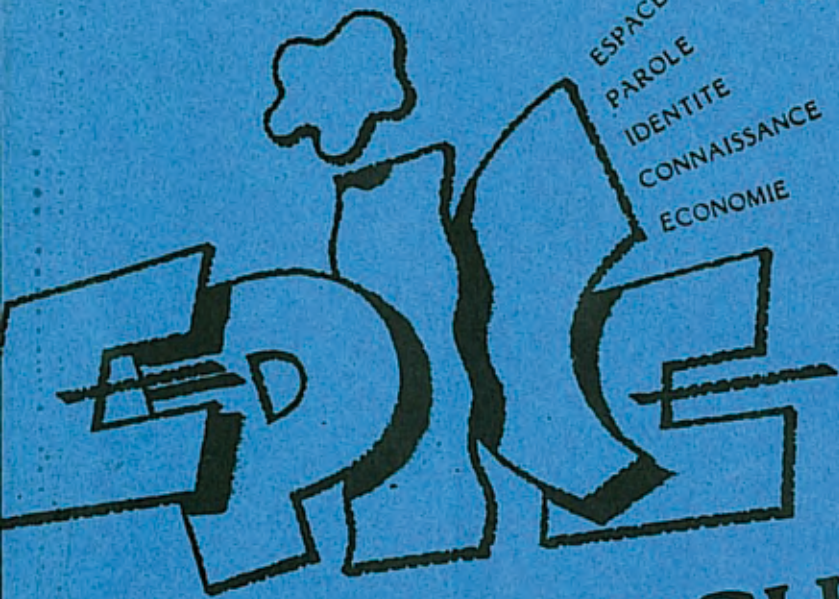


VILLE DE CRÉTEIL



ESPACE  
PAROLE  
IDENTITE  
CONNAISSANCE  
ECONOMIE



# RECHERCHE - ACTION ET PREVENTION DE LA TOXICOMANIE

10 OCTOBRE 1986

Organisé par l'association  
DROGUES ET SOCIETE - EPICE  
en collaboration avec le  
Comité Régional d'Education  
pour la Santé d'Ile de France :  
CRESIF

# Réseau d'Action et de Prévention

Après un an et demi de fonctionnement, Drogues et Société est maintenant bien implantée et bien connue des jeunes, des familles, des travailleurs sociaux et des institutions de Créteil.

Nos stratégies de travail, de rencontre et de concertation ont permis de favoriser la communication et de sensibiliser les partenaires concernés, de sorte qu'on arrive à mettre en commun les données d'un problème et souvent à en trouver ensemble les solutions.

Il nous apparaissait en effet essentiel de créer un Réseau d'Action et de Prévention.

Quand une assistante sociale nous appelle en urgence pour un jeune, ou quand un gardien d'immeuble nous contacte à la suite d'un incendie des caves, dont une « squattée » par des jeunes toxicomanes, la stratégie d'intervention (au-delà du fait de mettre à disposition notre spécificité professionnelle), ne peut s'élaborer que sur le mode participatif, c'est-à-dire par la mise en commun des ressources dont disposent les différents acteurs. Telle est la fonction de la « recherche-action » dans sa théorie et dans sa pratique.

Ce réseau de communication et d'échanges a une valeur préventive et permet, avec une majeure efficacité, de pratiquer les solutions possibles. Ce réseau nous a déjà fourni toute une série de données, nous a permis de capter des demandes très variées, nous situant ainsi au centre d'une constellation de situations à problèmes. Cela nous donne des outils d'évaluation pour bien mesurer l'étendue et la complexité de la présence et de l'utilisation des « substances » sur différents quartiers.

A partir de ce réseau, nos différents axes de travail se sont structurés ainsi :

- accueil,
- formation
- stratégie d'intervention sur la ville,
- recherche-action en toxicomanie,
- séminaire régional d'Île-de-France.

Ce sont ces différents aspects que nous développons dans les chapitres suivants.

L'organisation du départ et les démarches pour le financement ont été assurées à l'initiative des clubs de prévention d'Orly, Vitry-sur-Seine, Créteil, de l'association Epice et du centre d'accueil pour adolescents de l'hôpital Esquirol à Choisy.

Nous avons été « activement » présents du début à la fin, avant et pendant le voyage. Un suivi est en cours : une fois tous les 15 jours, les « jeunes de la péniche » se réunissent à la Maison des Associations.

La présence d'une sociologue, Dominique Poggi, en situation d'observation participante a été retenue par les différentes équipes dans le souci d'une évaluation des pratiques mises en jeu dans ce projet.

En liaison avec la réalisation d'une vidéo, nous projetons la rédaction d'une plaquette rendant compte de cette expérience : nous disposerons ainsi d'un outil de sensibilisation, voire de formation.

Une présentation du film vidéo et d'une première analyse sociologique est programmée par la DDASS du Val-de-Marne, le 1<sup>er</sup> décembre 1986.

## Un outil de recherche : étude au Mont-Mesly

L'étude réalisée auprès des jeunes de ce quartier par la sociologue, Dominique Poggi : « Jeunes du Mont-Mesly : manques, besoins, aspirations » a fourni des pistes et des orientations pour des actions de prévention, ainsi que des moyens (par le retour des résultats sur la population enquêtée) de renforcer notre présence auprès des jeunes.

Cette première étude nous a servi de référence pour nous situer au sein du projet inter-institutionnel de voyage en péniche.

# Recherche-Action et prévention de la toxicomanie

Marine Zecca - 10 octobre 1986

Ce style de travail représente une méthodologie de réflexion et d'intervention qui a été reconnue innovante et efficace par la Communauté Européenne qui finance une Recherche-Action de lutte contre la marginalisation sur trois quartiers très défavorisés de Bari : ces deux quartiers desservis par notre centre de Santé Mentale et le quartier San Paolo, desservi par l'autre service avec lequel nous travaillons en stricte concertation et qui a les mêmes options.

Le financement CEE fait partie du « IIe Programme de Lutte contre la Pauvreté », qui prévoit dans différents pays de l'Europe, 66 projets intégrés avec un plan sur quatre ans, pour expérimenter et évaluer des nouvelles politiques d'intervention sociale.

Les financements de la Communauté Européenne sont liés à une participation des communautés locales, pour 50 % de la somme globale. Il nous a fallu une certaine mobilisation des partenaires pour arriver à ce que la commune de Bari s'engage à la moitié du financement de cette Recherche-Action, qui se déroule depuis quelques mois.

Le programme de la CEE se pose comme objectif fondamental de renforcer et développer des pratiques, déjà en acte chez nous, tendant à dépasser la stigmatisation et la marginalisation croissante des populations défavorisées.

Ces pratiques de transformation sociale impliquent la concertation inter-services dans une même optique : en faveur des usagers.

Marine Zecca

Bien que n'ayant aucune compétence dans le domaine de la toxicomanie, j'ai mené un certain nombre de recherches avec le Docteur Cooper, en Italie en particulier et plus récemment en France, portant sur la redéfinition des besoins socio-sanitaires, avec la participation des utilisateurs des services.

Je travaille par ailleurs, comme psychothérapeute dans un intersecteur de pédopsychiatrie.

Ce qui m'a amenée, depuis une dizaine d'années, à développer l'idée de « Recherche-Intervention », c'est la multiplication des catégories de personnes ou de populations dites « à risque » et les interrogations des professionnels quant au sens et aux effets de leurs interventions. Mais c'est aussi que la façon dont on posait « les problèmes » risquait souvent, du fait de la fragmentation des services, de développer ce qu'on pourrait appeler une « adénogénèse », c'est-

à-dire la fabrication de problèmes sociaux, est à mettre en relation avec la « iatrogénèse » en médecine ou en psychiatrie (...).

Si l'on veut comprendre le contexte où s'inscrit la crise actuelle des pratiques sociales et sanitaires et l'écart progressif de leurs théories de référence avec les problématiques sociales, il nous faut peut-être élargir notre champ d'analyse.

Dans les années soixante, la crise a été sociale et politique, avec une orientation contestataire et tiers-mondiste.

Je crois que, progressivement, la notion de « crise » s'est transformée et on a réalisé qu'elle contenait de nouvelles composantes. En particulier, l'irréversibilité du chômage en terme de travail conventionnel. Ce qui nous oblige à repenser la notion même de travail, à s'interroger à nouveau sur les « besoins sociaux », donc à essayer de trouver de nouvelles méthodes pour les redéfinir, méthodes qui impliquent pour nous une participation active de la population concernée.

## Comment penser et redéfinir ces besoins ?

Il existe toute une panoplie de moyens : enquêtes conventionnelles, sondages, questionnaires... Mais il y a un autre moyen, plus difficile à réaliser, qui a sa propre rigueur mais qui n'est pas nécessairement reconnu : il implique un travail à faire en collaboration avec les populations locales.

La question des nouvelles méthodologies et des outils conceptuels à déployer sur le champ social me semble au cœur de la problématique de cet atelier.

En fait, toute une mythologie entoure les problèmes sociaux. Les problèmes impliquent des solutions, bien souvent des recettes. D'où cette efflorescence de « nouvelles techniques » qui ont traversé l'Atlantique avec le succès éphémère que l'on sait. On produit ainsi des techniques qui génèrent de nouveaux problèmes pour lesquels les techniques sont censées être des solutions.

Un processus que j'appellerai problématisation peut couper court à ce type de circularité dans l'action et la recherche sociale. Nous aurons ici affaire à des situations plus complexes : les problématiques. Les problématiques sont des ensembles d'éléments hétérogènes qui présupposent des connaissances et des expertises différentes, et donc exigent des négociations multilatérales entre les acteurs sociaux. On ne résout pas, contrairement aux problèmes, des problématiques. On apprend à les traverser en les transformant.

Aussi, ce n'est pas tant de techniques que de méthodes dont nous avons besoin. Littéralement, étymologiquement, une méthode est une voie à suivre, une voie correcte. La méthodologie (réflexion sur les méthodes) permettra de décider de cette voie.

Il est banal de dire que les professions à vocation d'assistance sont en crise. Une crise que l'on peut, dans les services sociaux et sanitaires des pays dits, post-industriels, situer en relation d'une part à la décentralisation, d'autre part, à l'impérative nécessité de participation de la population. Elle implique une urgente restructuration des services et des prestations.

Cette restructuration se fera du fait de la conjoncture économique, mais plus significativement encore en raison de la reconsidération des relations « coûts-rendements » ou plus exactement « coûts-efficacité ». Nous connaissons l'extrême difficulté à évaluer objectivement ces relations dans nos secteurs d'activité !

Les termes « coûts », « rendement », « efficacité » sont surchargés de normativité, une normativité qui conditionne toute analyse et toute évaluation.

Il faut bien aussi reconnaître les limites de simples mesures d'efficacité des services ou des institutions, et cependant l'exigence d'élaborer des concepts opérationnels d'efficacité, c'est à dire d'évaluer les effets des pratiques sur la vie quotidienne des usagers par des formes d'évaluations qui embrassent adéquatement les contextes, auxquelles participeraient ces usagers. Serait-ce par trop utopique ?

La recherche-action est un des moyens possibles pour reconstruire une matrice de communication, par la participation.

Il y a souvent, par ailleurs, clivage entre le sens et l'action pour les professionnels. Ceux-ci se trouvent souvent pris dans le dilemme suivant : ce qu'ils peuvent faire ou sont mandatés à faire n'a pas toujours de sens et ce qui aurait du sens, ils ne peuvent le faire... C'est pourquoi la redécouverte et la production de sens représentent des activités complémentaires de toute action novatrice sur le paysage social.

Une autre composante de crise provient de la difficile et conflictuelle alliance entre sciences sociales, politique sociale et travail de terrain. Nombre de programmes d'évaluation actuellement, du travail social en particulier, sous-entendent que les bénéficiaires sont mineurs comparés aux investissements humains et budgétaires.

Il s'agit d'une tendance qu'on trouve aux USA dans toutes les recherches qui sont menées par le Hoover Institute, en France dans les évaluations qui sont faites par le Cabinet Bossard, ou encore en Angleterre ou au Canada.

Ces recherches suggèrent en conséquence l'accentuation du rôle des familles et des bénévoles, la revalorisation d'une pluralité de structures collectives et de segments de la société civile (groupes de voisinage, réseaux d'entraide, économie informelle, etc...). C'est la reconnaissance donc, d'un nouveau protagonisme politico-social, qui se trouve accentué par la décentralisation, et dans lequel les professionnels seront conduits à redéfinir leurs rôles et leurs mandats.

Une autre source de malaise dans nos domaines d'activité vient du fait que les actions dites « communautaires » ou « de quartier », collectives ou « systématiques » sont largement minoritaires en France et que la catégorisation des usagers en groupes prédéterminés (cf. « catégories à risque ») reflète beaucoup plus les besoins des services que les besoins des usagers.

Cet étiquetage social produit des trajectoires d'assistés et des circuits institutionnalisants (cf. Robert Castel, « La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse », les Editions de Minit, 1981).

C'est à l'issue d'une rencontre à Trieste, organisée par Franco Basaglia que notre « Recherche-Intervention sur l'auto-définition des besoins socio-sanitaires par la population » a été mis en place. Plusieurs équipes de différents pays (Italie, Algérie, Tunisie, France) ont ressenti le besoin de se doter d'outils d'analyse de leurs pratiques afin de les conceptualiser (ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors) et d'effectuer un retour des résultats au terrain. C'est à partir de là que cette recherche s'est développée. Donc, à la fois, poursuite de l'action et développement de recherches, d'où le terme de « recherche-intervention » que nous avons adopté de façon consensuelle.

Deux questions intriquées s'étaient posées à ce moment-là : comment transformer et adapter nos pratiques professionnelles aux besoins des populations dans des contextes en mutation (mutations socioculturelles et économiques, des techniques de soin, des corpus théoriques de référence) ?

Quels paramètres innovateurs devait-on introduire dans la pratique pour entamer une analyse critique des demandes, largement induites par la structure de l'offre existante, et émanant d'un modèle centralisé technocratique ? C'est à ces deux questions que nous souhaitons répondre à travers cette Recherche-Intervention (...).

Intervenant X - *Chercheur*

« Pourquoi il y a des jeunes qui ne se droguent pas ? »

Quand on est spécialiste, on est confronté à ceux qui se droguent. Quand on travaille au niveau d'une cité, on se demande par contre : « comment faire pour que les jeunes ne se droguent pas ? » et on se demande aussi « Pourquoi y en a-t-il qui ne se droguent pas ? »

Cette dernière question apparaît alors comme essentielle...

Il n'y a pas que les représentations du drogué et de la drogue venant des professionnels. Il y a celles de la population qui ne sont pas de même nature : les gens ne sont pas, eux, mandatés pour véhiculer un certain nombre de représentations (...). Il y a là une force thérapeutique sûrement mobilisable. Et, dans la population, le toxicomane a quelque chose à dire sur les représentations, car elles lui posent directement problème...

On ne peut pas débarquer dans une cité avec des représentations caricaturales, qui n'aient pas la profondeur suffisante. Sinon, les gens rient (...). L'adéquation des langages ne peut se faire si on arrive avec des schémas pré-établis.

Qu'est-ce que la drogue ? Cette question est aussi un préalable à toute recherche-action.

Marine Zecca

On n'a pas assez parlé du pôle « recherche » jusqu'ici...

Il y a surtout eu des descriptions d'actions... Par ailleurs, il existe un savoir dans la population : la connaissance vernaculaire existe....

Il y a un langage commun à trouver entre les trois pôles : professionnels, chercheurs, et population.

Autrement il y aura faillite tant au niveau de la recherche, qu'au niveau de l'action.

Le point, pour moi, fondamental, est qu'il n'y a pas que les spécialistes et les chercheurs qui détiennent la connaissance. Nos interventions doivent tenir compte du savoir vernaculaire.

# Recherche-Action et prévention de la toxicomanie

Rocco Canosa\* - 10 octobre 1986

O n ne peut pas, selon moi, aborder le problème de la formation et de la sensibilisation si on ne tient pas compte du contexte dans lequel elles se situent.

Le contexte dans lequel nous travaillons est celui des nouveaux services psychiatriques, qui desservent chacun, un « territoire » de 100 000 habitants, et qui ont été créés après la réforme du système psychiatrique italien en 1978. Cette réforme, qui a amené la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques, a fait suite aux expériences pilotes de la « psychiatrie démocratique » italienne qui avait déjà créé des structures socio-sanitaires liées au terrain, en alternative à l'hôpital psychiatrique.

Les problèmes de formation du personnel et les problèmes de sensibilisation de la population à l'acceptation du « malade mental » ont été et sont au centre de cette transformation.

Les « opérateurs » du service, qu'ils soient psychiatres, infirmiers, assistantes sociales, ont dû se confronter aux nouveaux problèmes du terrain et réfléchir à des nouvelles pratiques (...).

Je vous parlerai en particulier du Service de Santé Mentale du quartier de San Paolo à Bari, dont je suis le responsable.

Je résumerai rapidement les caractéristiques de notre travail, qui sont importantes pour comprendre le type de formation et sensibilisation qu'on a mis en place.

## 1. Pas de « sélectivité » dans les demandes venant des usagers.

A notre service s'adressent des personnes de tout âge, avec des problèmes différents mais souvent graves. C'est une population qui appartient aux classes sociales les plus défavorisées, dont 75 % d'inactifs.

Le quartier de San Paolo, situé dans la banlieue lointaine, à 15 kilomètres de Bari, est un énorme quartier « ghetto » d'environ 80 000 habitants, avec un tissu social fortement désagrégé.

---

\* Psychiatre, responsable d'un service de Santé Mentale à Bari, Sud de l'Italie

Quand on parle de « non sélectivité », on entend que dans notre service, on essaie de prendre en charge la demande d'une façon globale, en essayant d'aller au-delà du morcellement.

Le malaise psychique est l'expression de la souffrance la plus complexe, et appelle à des réponses riches et articulées. Il s'agit donc de resituer l'histoire du sujet dans son contexte, de l'accompagner dans tous les circuits institutionnels (services hospitaliers, administration, prison) et de retisser avec lui et son entourage un réseau de relations sociales. Ce n'est pas facile (...). L'abandon de ces gens est aussi le fruit de la séparation des compétences, du cloisonnement institutionnel.

Ce que nous entendons par non-sélectivité de la demande, c'est justement le contraire de l'abandon, de la reproduction de ces clivages dans les compétences, de l'enfermement de l'utilisateur et de ses besoins.

## 2. Souplesse dans la relation avec les usagers. Ouverture vers le social

Une personne qui a besoin d'être écoutée peut l'être à tout moment, même sans rendez-vous. Le service devient un lieu de rencontres : pour les colloques avec les professionnels (les « opérateurs »), pour discuter entre usagers, pour être ensemble à décider et organiser des activités créatives et créatrices. Les rencontres-débats, les fêtes sur le quartier, la mobilisation collective pour trouver des logements ou du travail, où tous âges et toutes conditions se mélangent, sont des moments très importants de sensibilisation de toute la population aux problèmes généraux et à ceux plus particuliers du malaise psychique. Moments qui créent de la solidarité et favorisent l'émergence des ressources propres au terrain, au quartier. C'est essentiel que le service fonctionne comme point de socialisation, dans un quartier complètement déstructuré.

## 3. Socialisation des connaissances

A travers les moments de réflexion et de travail en commun de l'équipe, et des initiatives avec les usagers et la population, nous essayons de stimuler et valoriser les capacités professionnelles de chacun de nous, de sa personnalité et de ses compétences. La discussion collective sur l'organisation de ce travail, la gestion en commun, dans l'équipe, des cas les plus difficiles, nous impliquent dans un questionnement et une évaluation continue.

Cette méthode, parce que c'est une méthode, devient donc une formation continue, à travers un échange des connaissances et savoirs-faire entre les « opérateurs » qui, au-delà des rôles institués, doivent être capables d'observation ouverte des problèmes et de découverte des ressources pour un projet et des nouvelles solutions.

Cette méthode a aussi comme but d'éviter la possibilité de toute prise de pouvoir par une seule catégorie de professionnels comme les psychiatres, les médecins.... C'est ce qu'on appelle le processus de « dé-médicalisation » des problèmes dits « psychiatriques ».

La grande ligne de force de notre travail est donc de favoriser la désinstitutionnalisation et, d'autre part, éviter l'institutionnalisation des usagers (...).

Notre travail nous amène à rencontrer toutes catégories de personnes ayant des difficultés sur le quartier (jeunes, personnes âgées, etc) alors qu'à l'origine, il s'agit d'un travail qui concerne les gens qui sortent de l'hôpital psychiatrique. Nous faisons un travail préventif très important dans les écoles et avec les jeunes marginaux.

Eviter l'institutionnalisation, c'est tenter de prévenir les crises, ou de les gérer là où elles se déclarent dans le quartier, dans la famille, en évitant l'hospitalisation. Cela passe par la mobilisation simultanée des ressources propres de notre service et celles de l'extérieur ; en particulier, quand cela est possible, celles de la famille.

Quand nous parlons d'éviter le retour en institution, il s'agit non seulement, de l'hôpital (non plus l'hôpital psychiatrique, mais les services des hôpitaux généraux) : on essaie d'éviter les allées et venues entre prison et hôpital, d'éviter que les enfants soient mis en institution, et les vieux dans les hospices.

*Question :*

*Comment dans ce contexte, s'inscrit la formation ?*

Rocco Canosa

La formation est totalement intégrée à notre travail, à nos activités. Elle se développe à partir de notre choix méthodologique. Le style de travail et d'échange dans l'équipe, le travail avec d'autres structures sur le quartier et sur la ville, les décisions prises avec les usagers et la population donnent le contenu de cette formation. Une formation continue avec, à la base, un questionnement et une ouverture constante et un souci d'évaluation.

Cette méthodologie est reconnue par la communauté européenne qui a financé une Recherche-Action sur trois quartiers défavorisés de Bari, dont le quartier San Paolo. Cette Recherche-Action, financée pour la moitié par la CEE et pour l'autre moitié par la Commune de Bari, prévoit un travail de lutte contre la pauvreté et la marginalisation, en partant du travail social déjà amorcé par nos services.

Par ailleurs, la Faculté de Médecine de l'Université de Bari et l'école pour assistantes sociales nous demandent des stages théoriques et pratiques de formation.

Je suis psychiatre, je ne suis pas formateur à l'origine, mais - selon nous - les contenus de la formation ne peuvent surgir que de l'analyse des besoins des usagers. Une grande partie du travail de notre service concerne les relations constantes avec d'autres services socio-sanitaires, avec les coopératives du travail, les associations culturelles (...). Le travail de réseau est le nouveau contenu de la formation que l'Université ne peut pas assurer. C'est un travail dans le temps, un travail suivi.

Gilles Roland Manuel - *psychiatre*

Je travaille dans une équipe de prévention dans le XVIIème arrondissement (Paris) et je suis médecin-directeur d'un hôpital de jour.

J'ai eu la chance de travailler avec Basaglia pendant un an et donc j'aimerais apporter un témoignage sur quel peut être un œil français sur ces pratiques italiennes qui ont été très valorisées, en même temps mystifiées et dénigrées comme inexportables.

Je veux simplement dire ce que j'ai vu là-bas en partant des concepts qui sont travaillés ici, celui de « relais » et celui de « formation ».

Dans les expériences italiennes, contrairement à ce qui se passe en France, quand on parle de « relais », il s'agit d'un « chaînon » entre quelqu'un et quelqu'un.

En France, la démultiplication des « relais » met une distance telle que cela pose un réel problème.

S'il y avait quelque chose à mettre à la place de la loi Chalandon, dans le concret....Nous n'avons rien à mettre à la place et c'est bien ça le problème... On peut lutter contre, mais on n'a pas encore réussi à mettre en place des pratiques qui se présentent comme des alternatives de poids...

En France, donc, il y a des « relais » entre les Ministères, les DDASS, etc..., il y a des « relais » entre les formateurs, les praticiens, les « adultes-relais » etc..., il y a les gens qui sont sur le terrain qui ont des « relais » entre eux, il y a des « relais » entre les usagers eux-mêmes...