

Consommation : la complexité de la prévention

I. France : agir dans les quartiers

Par Lia Cavalcanti, Philippe Lagomanzini¹

Abdel, Nadia, Laurent et les autres...

Une cité de la banlieue parisienne. Abdel est algérien, né en France. Son père est décédé et, sur une famille de huit enfants, trois sont toxicomanes. En échec scolaire, il n'a reçu aucune formation professionnelle.

Il sort de prison. A vingt cinq ans, il totalise cinq ans passés en détention pour des actes de petite délinquance destinés à se procurer de la drogue. Son retour dans le quartier provoque une grande inquiétude. On craint de nouveaux vols, de nouveaux petits trafics... Abdel pourtant a décidé de s'en sortir. Il veut engager un autre projet de vie. Paradoxalement, cette volonté semble exacerber encore l'anxiété de son entourage, et notamment de sa mère. Puisque pense-t-elle, son fils rechutera inévitablement, le plus tôt sera le mieux. S'il retournerait immédiatement en prison, cela préserverait à la fois sa santé, sa propre sécurité et la tranquillité de son entourage... Quelques semaines plus tard, Abdel est à nouveau incarcéré, conformément à l'image que les autres ont de lui. Le poids négatif de son entourage a eu raison de sa volonté. Et son angoisse finalement l'a emporté.

Nadia a 23 ans. Elle est toxicomane comme le père de son fils. Elle vit de prostitution et vient de comparaître pour le vol d'une sixième carte bleue. Condamnée, mais en sursis, elle a rendez-vous au tribunal avec le délégué du comité de probation. Elle hésite et finalement ne s'y rend pas. Craignant des

* Lia Cavalcanti est psychosociologue, responsable du service Formation, Drogues et Société.
Philippe Lagomanzini est responsable du service Accueil, Drogues et Société.

mesures répressives, elle laissera sans réponse, de la même manière et pour les mêmes raisons, la convocation suivante.

Nadia confond répression et probation. Sa famille et ses copains ne comprennent pas mieux qu'elle, le fonctionnement de cette instance judiciaire. La stupidité de la machine administrative leur donnera raison : le délégué à la probation, en l'absence d'une réponse de Nadia, interpelle le juge d'application des peines qui envoie à son tour une nouvelle convocation avant de transmettre le dossier aux services de police qui vont lancer un avis de recherche. Jusqu'à ce jour, Nadia est passée à travers les mailles de la surveillance policière. Si elle est interpellée, elle sera incarcérée. Elle ne comprendra pas, et ce qu'elle ressentira comme une injustice renforcera sa haine du système, dans lequel elle va amalgamer justice, police et prévention.

Laurent sort de prison et se rend, sur convocation, au comité de probation... pour y apprendre que pendant sa détention, le tribunal de Melun l'a condamné par défaut à une nouvelle peine de prison ferme. Le tribunal ignorait que Laurent était déjà incarcéré. Ce cas de figure kafkaïen n'est pas exceptionnel. La déléguée à la probation l'informe qu'il peut cependant faire opposition afin de solliciter la clémence du tribunal. Mais il doit pour cela se rendre à Melun. Laurent ne parvient pas à se décider : il craint qu'un avis de recherche ait déjà été lancé contre lui. Il se réfugie finalement dans une cave du quartier. Quelques jours plus tard, il est de nouveau dépendant de l'héroïne.

Kamel fréquente régulièrement le bureau d'aide sociale de la ville. Il est dépendant du Néocodion® qu'il accompagne de bière ou d'autres alcools. Agressif et revendicateur, il n'est jamais le bienvenu dans ses démarches. Ses demandes répétées d'argent reçoivent toutes une réponse négative, alors qu'un simple examen de son dossier permettrait de l'orienter vers les ASSEDIC. Sortant de prison, il a le droit de bénéficier d'une aide à l'insertion. Encore faudrait-il qu'il en soit informé.

Hocine se rend à un premier entretien en vue d'une admission dans un centre de post-cure. Il expose sa situation économique comme cause essentielle de ses difficultés et dit chercher un toit, présentant comme secondaire son problème de toxicomanie. On lui conseille alors de s'adresser à un service d'hébergement social où il sera également éconduit... pour cause de toxicomanie. Cherchez l'erreur...

Yann est séropositif. Sa famille, mal informée sur le Sida, est très angoissée par les risques de contamination et souhaite le voir quitter le domicile. Hospitalisé pour une broncho-pneumonie, il crée un mouvement de panique dans le service, vole des médicaments, menace de se suicider. Malgré son état de santé critique, il est aussitôt expulsé de l'hôpital avec une prescription de quatre boîtes de Tranxène 50mg.

Ces exemples banals, outranciers jusqu'à la caricature, confirment tristement le diagnostic de Colette Petonnet² : « La société se comporte vis-à-vis des sous-prolétaires comme une mère de psychotique. Elle les enferme dans la double contrainte que l'école d'antipsychiatrie anglaise a dénoncée la première comme une recette des meilleures pour rendre fou ». Un dernier exemple, rencontré quotidiennement par les équipes de prévention, illustre bien cette situation impossible : un jeune accumule amendes impayées et contraintes par corps ne pouvant généralement prendre effet puisqu'il est sans ressources et non repérable car sans domicile fixe. Le jour où il se décide à « rejoindre la société », où il engage un projet d'insertion sociale et professionnelle, il se voit confronté à son passé de « galère », qu'il va devoir payer en bloc. Résultat : il échoue dans son projet d'insertion. La contradiction entre les deux termes de la double contrainte qui pèse sur lui, celle de l'insertion et celle du « prix à payer », décuple les risques de nouveaux actes délictueux et place le jeune dans une situation de défiance absolue, tel Ulysse pris entre le tourbillon de Charybde et le rocher de Scylla.

Dans notre pratique quotidienne, nous observons ainsi sur le terrain de nombreux dysfonctionnements rendant inopérante la prise en charge des usagers toxicomanes : c'est la non-réponse à la demande et aux besoins d'un sujet par le service pourtant habilité à y répondre. C'est l'exclusion ou l'auto-exclusion du sujet, par inadéquation des critères de l'administration. C'est le cloisonnement des services, aggravé par l'absence de prise en compte de l'environnement du sujet ou de sa différence culturelle.

La réponse communautaire

Seule une approche « communautaire » de la prévention de la toxicomanie, resituant ce travail dans le contexte du toxicomane, peut, selon nous, offrir une issue à cette situation, en apportant aux personnes des réponses différenciées. Cette approche se développe actuellement à partir de différents constats illustrés par les exemples précédents :

- les populations de plus en plus défavorisées et souvent déjà marginalisées avant la toxicomanie rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux différentes administrations,
- l'angoisse et la culpabilité de l'entourage du toxicomane produisent souvent des phénomènes d'aggravation de la conduite toxicomaniaque,
- la population en général ne répond pas à la manifestation de la toxicomanie des jeunes par peur, par ignorance ou par impuissance. Cette absence de réponse produit un sentiment de démission collective face à « l'inévitable » attrait de la drogue.

² C. Petonnet, *On est tous dans le brouillard*, Galilée, Paris, 1985.

Dans une approche communautaire, la prévention devra donc prendre des formes multiples, dans lesquelles les préventions primaire, secondaire (la prise en charge des personnes déjà touchées par la drogue) et tertiaire (éviter les rechutes) s'entrecroisent et se complètent. Cette conception de la prévention que nous conviendrons d'appeler « gestion-réduction des risques » nécessite une profonde connaissance du milieu dans lequel l'action doit se développer. Le respect du contexte socioculturel est l'une des conditions indispensables à la réussite. A partir de l'utilisation et de la valorisation des ressources locales, les savoirs des professionnels, mais aussi ceux ces populations locales, se construisent alors dans une relation d'échange dynamique, à travers l'action.

Cette « recherche-action » implique un questionnement continu, des allers et retours de l'étude à l'action, ainsi qu'une alliance entre professionnels, chercheurs et bénévoles. Une réflexion pluridisciplinaire, avec une analyse de la demande et du contexte dans lequel elle surgit, se couple avec un souci d'intervention et d'évaluation de type participatif, pour ne pas exproprier les sujets ou les groupes de leurs savoirs souvent méconnus. A partir des savoirs particuliers de chacun, on tente de créer des consensus pour une action collective, qui évite tant l'individualisme que le systématisme. Il est essentiel, dans cette démarche, de prendre en compte les différences interculturelles et sociales, sans essayer de les masquer. Ces différences, ainsi que les inévitables divergences de points de vue, sont des moteurs pour l'action. L'enracinement dans le tissu social, le travail en inter partenariat permettent de déspecialiser le problème de la toxicomanie et de faire émerger des ressources jusqu'ici invisibles.

L'intervention dans le champ de la toxicomanie ne peut pas en effet se limiter à répondre aux demandes d'accueil et de soins manifestées par le toxicomane et par son entourage. La présence dans les quartiers dits « à problèmes », à l'écoute des demandes diverses, nous paraît indispensable. C'est à partir de l'expression de ces demandes que l'on peut intervenir en impulsant la mobilisation des professionnels et de la population. Il s'agit donc de se saisir de la demande exprimée comme d'un fil conducteur pour remonter aux besoins réels, de mettre en relation sujet et environnement.

L'intervenant en toxicomanie est fréquemment sollicité pour répondre en urgence à des demandes diverses : hébergement ou aide alimentaire à la suite d'une rupture familiale, cure, départ du quartier... Répondre au pied de la lettre à cette demande d'urgence présente le risque de reproduire l'assistanat et de déresponsabiliser l'usager. La démarche communautaire tentera au contraire, à travers cette démarche, de saisir une expression complexe où apparaissent, mêlés et parfois contradictoires, les besoins du sujet et ceux de son environnement, de sa famille. Elle cherchera à estimer si le sujet en crise est véritablement le « sujet » ou seulement le « porteur », le révélateur d'une crise qui le dépasse. L'institution mal enracinée dans le terrain ne reçoit qu'avec réticence les informations extérieures au parcours de l'usager. L'approche communautaire tentera de susciter une mobilisation de la population, un travail avec les usagers, les familles, l'environnement, qui contribuera à atténuer le rejet et la peur de la toxicomanie.

Une mobilisation de la population

Une expérience dans ce sens a été récemment tentée dans un quartier urbain, où un collectif de jeunes a pu être constitué sous l'impulsion de différents services, après un long temps de préparation des professionnels. Jeunes, toxicomanes, séropositifs ou non, et professionnels ont donc créé ensemble l'association PARE (Prévenir Autrement et Rechercher Ensemble) « pour ne pas craquer ». PARE a pour objectif immédiat la prévention du Sida, mais également une prévention différente et plus adaptée aux jeunes du quartier. L'équipe professionnelle qui a lancé cette expérience avait en effet observé que le discours véhiculé par les campagnes nationales sur le sida ne semblait avoir aucun impact sur les jeunes de ce quartier, pourtant très concernés par ce problème. Il fallait trouver un discours adapté pour informer les jeunes des risques de contagion et des moyens de prévention. Car si les campagnes nationales n'avaient pas permis une information suffisante, elles avaient cependant éveillé l'inquiétude. Chaque seringue usagée trouvée sur la voie publique relançait l'angoisse qu'un enfant puisse se piquer accidentellement et être contaminé. Un mouvement de révolte et de rejet envers les toxicomanes apparaissait. Le fait que certains toxicomanes se mobilisent et réalisent un tract, avec d'autres jeunes, a eu un effet positif immédiat sur le quartier et sur la population.

Des rencontres ont été organisées avec les pharmaciens, afin que ceux-ci distribuent à tout acheteur de seringue, ce tract qui l'invitait simplement à ne s'en servir qu'une fois et à ne pas la jeter n'importe où après. Les toxicomanes pouvaient ainsi se manifester en personnes responsables de leurs actes, invitant les autres à agir de même. Cette parole a permis de contrebalancer celle des médias auprès des jeunes du quartier.

Comment développer ce type de démarche ? Nous pouvons ici beaucoup apprendre de réponses trouvées dans le tiers-monde où la carence des Etats en matière de politique sociale a induit le renforcement des solidarités collectives. La campagne internationale « Drogue et développement » a permis à différents intervenants du Nord et du Sud de confronter leurs pratiques et leurs méthodes. Des projets d'échange ont pu ainsi être élaborés autour du constat que, dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud, ce sont les populations les plus défavorisées qui sont les plus touchées par le problème de la toxicomanie.

Le projet mis en place à Salvador de Bahia (cf. encadré) constitue de ce point de vue un intéressant exemple d'utilisation et de valorisation des savoirs et savoir-faire des populations à partir du respect de leurs différences culturelles.

II. Evaluer la complexité de la prévention

par *Maria-Grazia Giannichedda*³

Il n'existe pas de théorie unitaire de la toxicomanie, comme l'explique le sociologue Robert Castel. Ce phénomène a en effet des dimensions sociales, psychologiques, médicales, sanitaires et judiciaires. Cette multiplicité des déterminants implique que sa prévention croise plusieurs dimensions : celle des campagnes d'hygiène, visant à réduire le nombre de toxicomanes ; celle de l'accroissement de la tolérance d'un milieu à des manifestations perturbantes (comme c'est le cas, en Italie, pour le retour des malades mentaux dans la communauté) ; celle aussi de la répression du trafic, jouant sur l'offre des produits.

Ces diverses modalités de l'action de prévention primaire de la toxicomanie s'adressent à l'ensemble de la population, sur la base d'un principe qui pose que le phénomène touche indistinctement toutes les couches de la population. Elles ont donc une prétention universelle. Or les toxicomanes ne représentent pas un ensemble homogène : les modes de consommation sont différentes selon l'appartenance sociale des usagers. On sait que le recours aux filières d'aide et de soins n'est pas semblable dans tous les milieux sociaux : les uns et les autres ne sont pas en mesure de mobiliser, pour s'en sortir, des ressources sociales, financières ou intellectuelles identiques. De sorte que, dans le domaine spécifique de la prévention de l'usage des drogues, on conçoit que certains groupes sociaux soient moins réceptifs que d'autres, dans la mesure où l'on admet qu'ils sont tenus à l'écart des circuits d'information, ou bien qu'ils ne disposent pas des capacités culturelles leur permettant d'intégrer les messages de prévention. Il s'agit de groupes pris dans un processus de marginalisation : quart-monde, immigrés, habitants des banlieues, jeunes précarisés, etc... Pour ces défavorisés, la démarche de prévention primaire rejoint, le plus souvent, les modes traditionnels de la moralisation.

Lorsque le malaise de ces jeunes, leur position de faiblesse sociale croisent la drogue, la tentation est forte de se focaliser sur ce dernier phénomène, occultant du même coup une difficulté à vivre plus générale. Le malaise de ces jeunes se trouve en quelque sorte « colonisé », et cela à un double titre : d'une part par les pouvoirs occultes du trafic, qui font miroiter les plaisirs et les possibilités de commerce de la drogue, et d'autre part par les institutions de l'Etat, qui

³ Sociologue, consultante pour la CEE.

appréhendent la drogue en tant que délit, maladie, immoralité. Le malaise, la marginalité de départ s'institutionnalisent en lourde exclusion sociale.

La solitude des toxicodépendants

De là naît un paradoxe : les toxicodépendants vivent dans la communauté, mais à travers leurs propres circuits, en se concentrant dans leurs propres lieux. Séparés par des murs invisibles, ils sont aussi envahissants, par leurs délits, leur occupation de certaines zones du quartier, qu'insaisissables. Comment entrer en contact avec ces jeunes, se demandent bénévoles et professionnels. Comment abattre le mur érigé et renforcé par la norme pénale, par l'action institutionnelle, ainsi que par les modes dominants de la vie sociale, fondés sur la rencontre entre êtres semblables ? Comment agir sur des parcours solitaires, marqués par le registre de l'individualisme ?

Il s'agit en partant de la position de faiblesse des toxicodépendants d'un secteur défini, de construire avec eux, là où ils vivent, des projets thérapeutiques en accord avec des projets de (re)construction de leur statut social, de leur citoyenneté concrète. Il s'agit de leur ouvrir des parcours qui permettent une reconnaissance de la communauté. Celle-ci, cessant d'être un *no man's land* parcouru d'individus étrangers, parfois même menaçants, pourrait ainsi retrouver un sens, redevenir un lieu vivant d'échanges et de conflits.

Mais un travail centré sur l'unicité de chaque histoire n'est pas suffisant. Dans le même temps, il est nécessaire de construire une sorte d'histoire collective de la sortie de la drogue, qui offre à tous les habitants du quartier la possibilité de se regrouper pour améliorer leur propre vie. « Le problème de la drogue est une métaphore de l'inertie des rapports entre les gens », disait Franco Rotelli, directeur des services psychiatriques de Trieste, en Italie. A l'inverse, une lutte collective contre la drogue et tout ce qui l'accompagne est porteuse de potentialités de dynamique sociale : elle peut construire pour tous l'appartenance au lieu de vie, restituer une dimension communautaire, une qualité de vie à des banlieues privées d'identité et de citoyenneté, où la drogue remplit pour tant de jeunes un temps exproprié et vide de tout projet.

Une intervention revendicative

Ce travail complexe, spécifique et atypique à la fois, qui a sans aucun doute une dimension politique, de revendication sur l'habitat, le travail, les lieux de rencontre, la discrimination raciale, a besoin aujourd'hui d'être consolidé dans ses bases, et notamment de se doter de procédures d'évaluation. Des expressions telles que « action communautaire », « pratiques participatives », « travail de réseau » sont entrées depuis longtemps déjà dans le vocabulaire de nombreux acteurs et

chercheurs travaillant dans le champ des toxico-dépendances et de la marginalité. Mais il n'est pas facile, au-delà des idéologies et des bonnes intentions, de désigner clairement le contenu de ce type d'actions, les variables pour les identifier, les critères pour en évaluer les résultats.

Les dénominateurs communs sont plus qu'insuffisants pour rendre compte de l'unité de ces pratiques. Il suffit d'une observation à l'œil nu pour discerner, dans la multiplicité de ce qui s'auto-définit comme « actions communautaires », la diversification de tendances qui n'ont rien d'homogène. Si chercheurs et professionnels ne se dotent pas de repères communs pour saisir ces différences, le risque est grand de priver les mots utilisés - action communautaire, réseau... - de leur fondement théorique et de leur utilité pratique. On se priverait ainsi d'armes indispensables, face aux administrations et aux politiques, pour promouvoir ces innovations réelles, dans leurs formes, leurs contenus et leurs succès.

Il est donc crucial, dans la phase actuelle où les approches traditionnelles telles que la médico-pharmacologie rencontrent peu de succès, et où la politique publique, cède toujours davantage de terrain aux initiatives privées, que les expériences de travail communautaire mettent en place un travail sérieux d'auto-évaluation de leurs propres pratiques.

III. Brésil : le candomblé contre la drogue

par *Svetlana Vasconcelos*⁴

Une action a ainsi été entreprise dans le quartier de Calabar, à Salvador de Bahia, dans le Nordeste brésilien, qui est confronté à de nombreux problèmes psychologiques et sociaux liés à la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments : le Rohypnol est vendu au marché noir, la marijuana est consommée en grande quantité et de façon continue. Cette action a eu l'ambition de se situer à différents niveaux, de prévention globale, de prise en charge et de formation professionnelle. La prise en charge psychiatrique et psychologique a été assurée par l'hôpital de l'université fédérale de Bahia et par le CETAD (Centre d'études et de thérapie de l'abus des drogues) et le suivi des personnes en difficulté sur le plan juridique, par des professionnels des services de justice. Il n'était de plus, pas possible d'engager un travail de prévention de la toxicomanie sans prendre en compte la formation et l'insertion professionnelle : alphabétisation, formation de sténo-dactylographes, travail qui s'est fait avec les nombreuses associations du quartier. Mais cette action multiforme a d'abord dû prendre en compte une spécificité de ce quartier : le candomblé.

Dès leur arrivée à Salvador de Bahia, ancienne capitale du Brésil, les esclaves ont recherché dans les Eglises des supports à leurs divinités, les orixas, qu'ils ont assimilés aux saints : saint Georges représente Ogun, dieu de la guerre, et Notre-Dame devient Lemanja, déesse de la mer... Ces dieux correspondent la plupart du temps aux forces de la nature et fondent le culte afro-brésilien, le candomblé, largement pratiqué à Salvador, dont la population est à 70 % d'origine africaine.

Comme de nombreux quartiers de la ville, celui de Calabar possède son lieu de culte, le *terreiro*, où se pratique le candomblé, fait de rituels, de trances de possession, autour desquels s'organise la vie sociale et culturelle. Il existe plus de 2000 *terreiros* comme celui-ci pour la seule ville de Salvador.

Dans la structure du candomblé, chaque personne est liée à un orixa (dieu) qui, devenant le « maître de sa tête », dirige et protège sa vie. Les comportements de l'individu sont alors interprétés en fonction de cette relation – les gens d'Ogun, par exemple, sont réputés pour être irritables et avoir une forte attraction pour l'alcool – et vont lui permettre de s'insérer dans la communauté. Certains troubles de la perception, considérés comme hallucinatoires par la

⁴ Psychiatre-sociologue, auteur d'une recherche sur « Le candomblé, pratique sociale alternative à la psychiatrie » (Paris-VIII, 1988)

psychopathologie clinique, confèrent dans le candomblé un pouvoir de médium, résultat d'une possession ou d'une transe.

Pour la psychiatrie classique, de tels comportements sont évidemment pathologiques. Et pourtant, ils ont dans le système de référence de ces populations une portée thérapeutique, qui ne peut être ignorée par l'action communautaire et préventive. La population de Calabar, qui possède deux associations de quartier et une radio, y est déjà largement sensibilisée. C'est donc dans le *terreiro*, dans un premier temps, qu'ont été organisées des réunions d'information et de réflexion sur l'usage des drogues. Il s'est agi de travailler à la création de « passerelles » entre le quartier de Calabar, à partir du *terreiro*, et les différents services concernés, pour une meilleure prise en charge du problème de la toxicomanie.

De plus, le phénomène de la toxicomanie est à concevoir, à Salvador comme dans l'ensemble du Brésil, dans un contexte bien particulier, où il apparaît comme une « maladie sociale ». Ce problème dramatique connaît une évolution violente, la drogue devenant le principal motif de la délinquance. La drogue semble symboliser ici une marginalisation non choisie et vient faire résonance à la dureté de la vie, à une réalité qui exclut la liberté, interdit l'évasion et le bien-être. La prise en compte de ce phénomène met l'accent sur la « réduction des risques » relatifs à la consommation des drogues. Ainsi, des programmes de conscientisation éducative et sanitaire sont systématiquement mis en œuvre.

Au niveau national, on assiste actuellement, au Brésil, à la création de centres de traitement spécialisés. Mais leur localisation en des lieux aussi différents qu'un service psychiatrique ou une université ne facilite pas les démarches des toxicomanes. Il s'agit donc de mieux adapter les réponses aux besoins de la population toxicomane. La réalisation d'un projet communautaire implique donc un travail de concertation entre les acteurs des différents services, centres d'accueil pour toxicomanes, services psychiatriques hospitaliers, service social, mais aussi entre ces mêmes acteurs et ceux du terrain : *terreiro* de candomblé et population.

Elle implique également un travail de formation en matière de toxicomanie et de santé communautaire.

Cette formation participative s'inscrit dans un lieu déterminé, pour un public déterminé. Une formation ayant pour objet la toxicomanie, permet de mesurer, à partir des compétences de chacun, les possibilités et les limites des différents acteurs face à ce phénomène. Une population qui n'a pas eu les moyens de se payer une formation a ici l'occasion de devenir un véritable acteur social, dans des espaces déterminés, par le biais de groupes de locataires, de mères de famille, d'adolescents... Cette action doit s'inscrire dans le temps, pour permettre à celui qui reçoit l'information de l'assimiler et de l'appliquer, sans oublier l'indispensable suivi.

Une évaluation de cette action expérimentale serait nécessaire pour une éventuelle transposition à d'autres quartiers de Salvador, ainsi que pour une réflexion plus large en vue d'une meilleure écoute des différences culturelles des populations défavorisées dans le Nord.