

Diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA MEUSE

Préfecture de la Meuse

Décembre 2011



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**PRÉFET DE LA
RÉGION LORRAINE**

**Cellule d'appui régionale
de la MILDT en Lorraine**

SOMMAIRE

Objectifs et méthodologie	3
Une approche qualitative et participative	3
Les étapes du diagnostic	4
Première partie : Les comportements addictifs en Meuse	7
Un développement de l'usage d'héroïne dans un contexte déjà caractérisé par une prévalence marquée de la consommation excessive d'alcool	7
1- Points de repère statistiques sur les consommations de drogue	7
2005 : Irruption de la problématique de l'héroïne	7
L'importance de l'usage d'héroïne : un phénomène récent	9
Une représentation du phénomène drogues en milieu rural à nuancer	10
Consommations excessives d'alcool : une préoccupation renouvelée	11
2 – L'analyse qualitative proposée par les groupes de travail meusiens	13
2.1 – L'usage de produits psychoactifs en population générale	13
Héroïne, alcool et cannabis : produits addictifs les plus souvent consommés	13
Le lien entre usage de drogues illicites et délinquance	15
Des différences de prévalence des addictions en fonction des territoires meusiens	16
La consommation de drogues en milieu festif alternatif : un phénomène mineur	17
2.2 – L'usage de produits psychoactifs en fonction de groupes spécifiques de population	17
Les limites de l'approche par publics spécifiques	19
Privilégier l'approche globale	20
Repérer les signes avant-coureurs d'un risque de comportements addictifs	20

Seconde partie : Les actions de prévention en Meuse 23

1 - De la reconnaissance des besoins à la demande de soutien ou de prise en charge	23
2 - Développer des solutions de rupture et renforcer la continuité des soins	24
3 - Une offre en prévention primaire jugée « sous-dimensionnée »	26
Faire le deuil du CODES ?	26
L'apport de la prévention spécialisée	28
Le rôle informatif de la police et de la gendarmerie	28
La fonction des établissements scolaires dans la prévention	29
Impliquer davantage les adultes (parents, enseignants) dans la prévention	29
4 - La difficile mise en œuvre de la prévention	30
Une coordination départementale proposée par le Réseau d'addictologie meusien	31
L'approche territoriale à développer	31
Une culture commune à définir par territoire	33
5 - Avantages et difficultés de la prévention en milieu rural	34

Synthèse et propositions 36

Annexe : Liste des participants aux groupes de travail	41
--	----

Ce diagnostic sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse a été réalisé dans le cadre d'un travail de groupe associant les différents partenaires indiqués en fin de document. Son auteur est donc collectif.

La Préfecture de la Meuse et la Cellule d'appui régionale de la MILDT en Lorraine remercient tous les participants à cette œuvre collective pour leur contribution.

*Intervenants en Meuse pour la Cellule d'appui régionale de la MILDT en Lorraine :
Yvon Schléret et Michel Monzel*

Objectifs et méthodologie

Le diagnostic sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse a été mené à l'initiative du Chef de projet MILDT de la préfecture du département avec le soutien de la Cellule d'appui régionale de la MILDT en Lorraine. Il avait pour objectif de dresser un état des lieux sur les pratiques de consommation excessive de boissons alcoolisées et d'usage de drogues illicites, sur les actions de prévention engagées pour les enrayer et de formuler des propositions. Il avait également une finalité opérationnelle d'aide à la décision pour permettre aux acteurs locaux de confirmer, compléter ou accentuer les mesures et les actions de prévention déjà engagées.

Une approche qualitative et participative

La méthodologie mise en œuvre a volontairement privilégié une approche qualitative et participative des principaux acteurs locaux concernés par cette problématique. La démarche quantitative permettant de mesurer l'ampleur des phénomènes observés, si elle n'a pas été totalement écartée, n'a pas constitué le socle de base de ce travail. Deux raisons principales peuvent être évoquées pour expliquer ce choix :

- La première est purement factuelle. En effet, la Cellule d'appui régionale de la Mildt en Lorraine a publié en mai 2010 un diagnostic de ce type pour la région Lorraine, en distinguant les départements et les arrondissements. Ce document présente les principaux indicateurs sur le sujet à partir des statistiques disponibles. Il peut donc servir de référence, en cas de besoin, pour comparer la Meuse aux autres départements et avoir une idée sur la prévalence des comportements addictifs dans les arrondissements meusiens.
- La seconde est déjà plus fondamentale et ouvre les remarques que l'on peut faire sur la spécificité rurale du département. Elle montre les limites de l'approche exclusivement statistique pour un département de moins de 200 000 habitants comme la Meuse. En effet, les données disponibles proviennent soit d'enquêtes en population générale, soit de statistiques d'activité des services chargés de mettre en œuvre les activités de répression des infractions, de surveillance sanitaire et de soins ou de prévention.

Les enquêtes en population générale sont menées sur des échantillons représentatifs de la démographie du territoire observé. Elles sont généralement réalisées à l'échelon national ou régional avec un échantillon suffisant pour représenter la population étudiée. Si on prend l'exemple du Baromètre Santé qui, tous les cinq ans, dresse une photographie de la prévalence des comportements addictifs, son échantillon lorrain est de l'ordre de 2 400 individus âgés de plus de 18 ans. Le nombre de Meusiens inclus dans cet ensemble est très faible : moins de 200 individus, soit 8,3 %. Ce qui est trop faible pour que les résultats obtenus aient une valeur significative dès lors que l'on veut distinguer les sexes et les catégories d'âge. En outre, l'échantillon régional est construit pour être représentatif de l'ensemble de la Lorraine et pas forcément du département qui nous intéresse.

Des enquêtes départementales pourraient être programmées pour compenser cette limite statistique. Mais il faudrait alors que l'échantillon meusien soit suffisamment important, au moins 1000 personnes, pour que l'exploitation des résultats présente un quelconque intérêt. Une telle initiative coûterait cher pour des résultats opérationnels en termes d'actions qui peuvent être minimales par rapport à d'autres modalités de prise de décision.

Les statistiques d'activité (police, gendarmerie, organismes de soins) donnent des points de repère intéressants et utiles. Mais elles présentent des biais pour connaître la prévalence d'un comportement spécifique, car il n'est pas toujours facile d'isoler ce qui relève de l'activité même de l'organisme qui les produit et ce qui correspond à notre objet d'étude, à savoir la consommation de produits addictifs licites ou non. Pour autant, et une fois que cette limite est rappelée, ces statistiques présentent un intérêt comme indicateur de comparaison d'un territoire avec d'autres espaces administratifs ou avec lui-même dans une perspective chronologique.

Les étapes du diagnostic

C'est donc une approche qualitative qui a été privilégiée pour la réalisation du diagnostic meusien. Elle permet d'abord de compléter le diagnostic quantitatif déjà proposé par la Cellule d'appui régionale et de lui donner davantage de sens compte tenu de ses limites méthodologiques pour un département présentant un indice de peuplement relativement faible. Mais surtout elle s'appuie sur les savoirs et les représentations des acteurs de terrain au contact permanent de la réalité observée.

Avec cette option méthodologique, l'enjeu est de mobiliser ces savoirs et ces savoir-faire et de les confronter pour apprécier le consensus qui s'en dégage mais aussi les points de désaccord qui peuvent en résulter. C'est pourquoi le travail engagé en Meuse aboutit finalement à un processus qui dépasse le simple diagnostic pour être aussi un outil de concertation qui permet de confronter des savoirs morcelés et parallèles, forgés dans l'expérience de terrain, pour lesquels on ne prend pas toujours le temps de la synthèse et de la conceptualisation. Le diagnostic devient alors un outil d'intervention en permettant à des acteurs locaux de se donner le temps de la concertation, du partage, de l'analyse et de construire ensemble un regard commun sur une situation qu'ils veulent contribuer à modifier ensemble.

De manière pratique et en concertation avec la préfecture de la Meuse, le diagnostic partagé a été mené en distinguant les deux grands territoires qui habituellement permettent de structurer les interventions publiques dans ce département : le Nord meusien (Verdun) et le Sud meusien (Bar-le-Duc). Deux groupes de travail ont été constitués, l'un pour le Nord, l'autre pour le Sud. Le choix des participants sollicités a été mené en liaison avec les services de la préfecture en veillant à la représentativité et à la diversité des acteurs impliqués ou concernés dans la prévention des comportements addictifs et à celle des pratiques professionnelles et des institutions. On trouvera en annexe la liste détaillée des participants.

Il était initialement prévu d'organiser quatre réunions d'une demi-journée par groupe de travail. La première était consacrée au diagnostic sur les comportements addictifs, la seconde aux réponses existantes en matière de prévention et de soins. La troisième était destinée à formuler des propositions à partir des constats dégagés dans les étapes précédentes. Enfin, la dernière avait pour objectif de valider les conclusions – diagnostic et propositions – du groupe de travail telles que la Cellule d'appui régionale avait pu les synthétiser.

La mise en œuvre de cette programmation a rapidement buté sur les difficultés propres à un territoire rural où le nombre de professionnels spécialisés est restreint, car en proportion à l'importance démographique du territoire. En effet, plusieurs personnes représentant des organismes éducatifs, de soins ou de prévention se retrouvaient dans les deux groupes de travail, à la fois pour le Nord de la Meuse et pour le Sud de la Meuse. Cette double participation présentait un risque de redondance entre les deux groupes, sans compter la charge de travail et d'emploi du temps pour les personnes concernées. C'est pourquoi, avec leur accord, la troisième étape, celle des propositions, et la phase de restitution et de validation ont été communes aux deux groupes de travail.

Il faut toutefois souligner qu'en dépit de cette double représentation de quelques professionnels dans chacun des groupes, chaque commission a abordé les deux phases du diagnostic (comportements addictifs et dispositifs de prévention) de manière différente. Cela peut s'expliquer d'abord par les différences propres aux territoires observés, mais aussi par les dynamiques propres aux groupes qui se réunissaient soit à Bar-le-Duc, soit à Verdun. Si les regards étaient exprimés différemment dans les deux ensembles ainsi constitués, ils n'étaient pas divergents et même souvent complémentaires pour permettre une présentation globale du département de la Meuse. C'est pourquoi les deux dernières étapes ont été menées de manière conjointe entre les deux groupes.

Première partie :

Les comportements addictifs en Meuse

Un développement de l'usage d'héroïne dans un contexte déjà caractérisé par une prévalence marquée de la consommation excessive d'alcool

1- Points de repère statistiques sur les consommations de drogue

2005 : Irruption de la problématique de l'héroïne

Les participants des deux groupes de travail ont souligné la forte prévalence des comportements addictifs qu'ils pouvaient rencontrer au niveau de la population meusienne dans leur pratique professionnelle. Le phénomène est connu depuis longtemps pour ce qui concerne la consommation excessive de boissons alcoolisées. Il l'est depuis plus récemment pour les consommations de drogues illicites, notamment pour l'usage d'héroïne. Mais si ce dernier constat est partagé localement par les différents spécialistes locaux de la question, il l'est peut-être moins par ceux qui interviennent au niveau national ou régional. Certes la propagation de la prévalence de l'usage régulier de drogues illicites des milieux urbains vers les secteurs ruraux est aujourd'hui connue, mais pas forcément avec l'ampleur que l'on peut rencontrer en Meuse et dont témoignent les professionnels meusiens de la prévention des addictions.

Pour objectiver quelque peu ce constat formulé à partir des représentations exprimées avec consensus par les participants aux deux groupes de travail, on peut confronter ce regard aux données statistiques disponibles qui confirment la forte prévalence de la consommation de drogues dans ce département rural.

Les statistiques de l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRITIS) montrent que la Meuse se situe au second rang des départements français pour les interpellations pour usage simple d'héroïne en 2009 pour 100 000 habitants âgés de 20 à 39 ans, juste derrière la Meurthe-et-Moselle et devant la Haute-Marne et les Vosges.

Taux d'interpellation pour usage simple d'un produit illicite pour 100 000 habitants en 2009

Départements	Héroïne (18-39 ans)	Cannabis (15-39 ans)	Cocaïne (18-39 ans)
Meurthe-et-Moselle	305 (1)	456 (52)	14 (31)
Meuse	228 (2)	559 (29)	14 (31)
Haute-Marne	210 (3)	534 (33)	4 (78)
Vosges	191 (4)	451 (54)	5 (77)
....			
Moselle	108 (12)	410 (65)	58 (4)
Lorraine	195	443	32
France métropolitaine	40	606	21

Source : OCRITIS

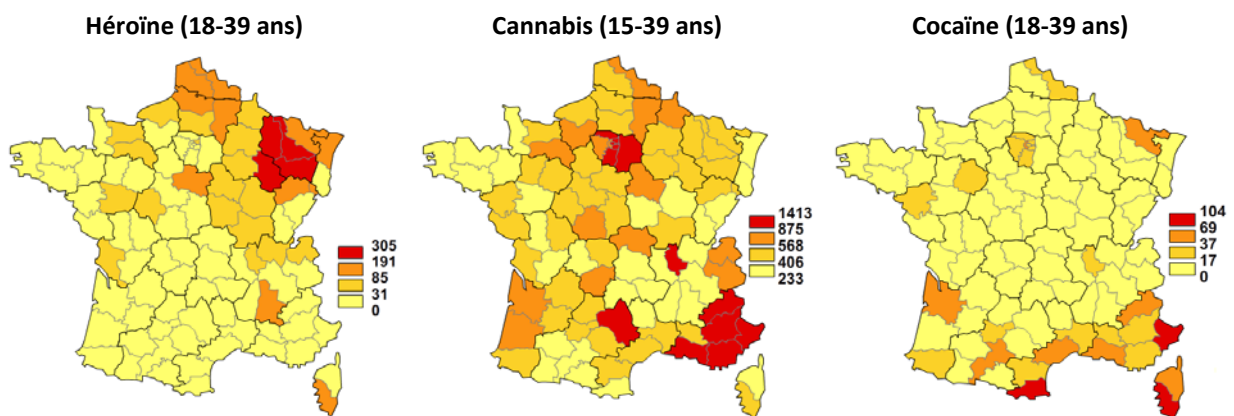
Les nombre entre parenthèse indiquent le classement du département sur l'ensemble des départements de la France métropolitaine, par ordre décroissant d'importance relative.

Le tableau précédent, comme les cartes qui suivent, montre combien la Meuse est touchée par l'offre et l'usage d'héroïne. Le tableau indique également les données pour la Haute-Marne, département voisin de la Meuse, mais concernée dans des proportions pratiquement identiques, sauf pour la cocaïne. Ce qui montre que la géographie des drogues illicites ne peut pas être systématiquement superposée sur celle des espaces administratifs où se mettent en œuvre les politiques publiques.

Les interpellations pour usage simple de cannabis pour 100 000 habitants de 15-39 ans ne placent pas la Meuse dans les tout premiers rangs des départements français. Elle est en 29^{ème} position. Mais il n'en demeure pas moins qu'elle est en première position des départements lorrains.

La consommation de cocaïne est relativement moins à l'origine d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en Meuse. L'usage de ce produit caractérise davantage la Moselle qui est en 4^{ème} position des départements français pour les ILS. Le constat meusien actuel ne préjuge cependant en rien du possible développement de l'usage de ce produit dans le département où son prix à l'achat a baissé.

Taux d'interpellation pour usage simple d'un produit illicite pour 100 000 habitants par département en 2009



Source : OCRTIS

Les cartes ci-dessus montrent de manière explicite que, pour l'héroïne, la Meuse se situe, avec trois départements voisins, dans un espace particulièrement touché. Le facteur explicatif le plus fréquemment avancé est celui de la proximité de cet espace par rapport à la Belgique et plus particulièrement des Pays-Bas où de nombreux trafiquants se rendent régulièrement pour s'approvisionner. Le caractère frontalier de la Meuse peut laisser supposer qu'une partie des infractions à la législation sur les stupéfiants pour usage de produit illicite concernerait des gens non résidents en Meuse, dans la mesure où les ILS sont comptabilisées en fonction du lieu de constatation et non pas du lieu de résidence des personnes interpellées. Dans ce cas, la Meuse serait davantage un espace de transit de l'héroïne et moins un lieu de consommation. Mais d'après les témoignages des gendarmes et policiers participant aux groupes de travail, ce biais d'observation, s'il existe, n'intervient qu'à la marge du phénomène observé. En effet, d'après leurs constats, les ILS enregistrées concernent principalement des résidents meusiens.

Les représentants de la police et de la gendarmerie soulignent également l'existence de réseaux de d'écoulement de ce produit entre la Meurthe-et-Moselle et la Meuse. Hormis le trafic d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent facilement dans les pays frontaliers, le flux du mouvement organisé de produits illicites part surtout de la région nancéienne, au sens large de l'espace

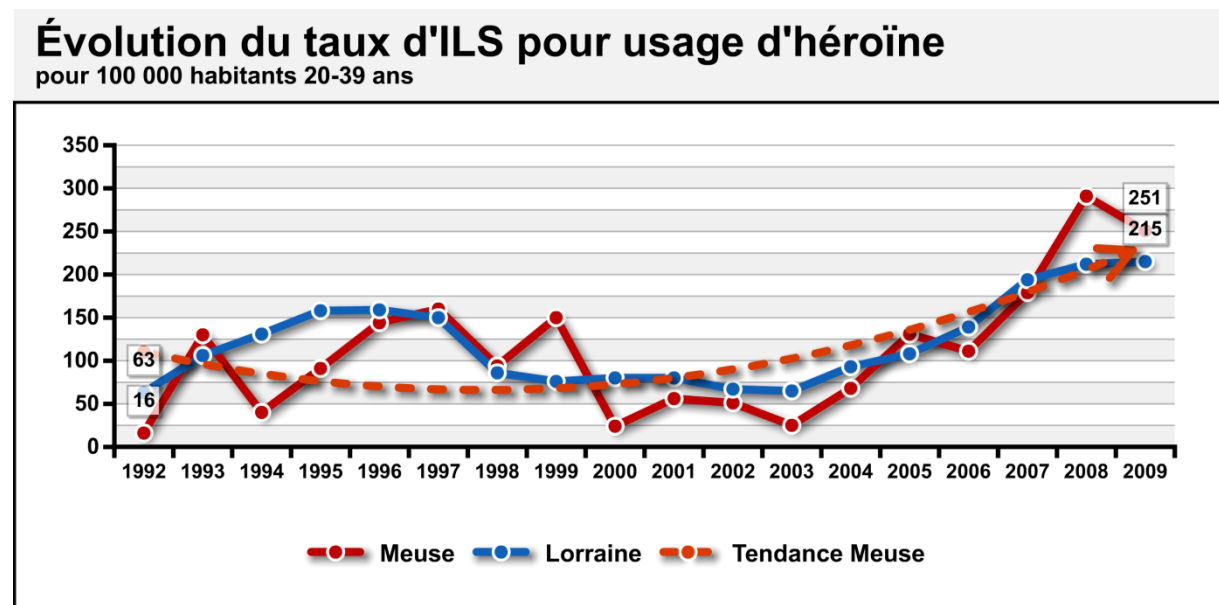
concerné. La gendarmerie fait état d'un exemple. En 2009, elle a eu à connaître une affaire de trafic de drogues qui impliquait une cinquantaine de personnes, toutes domiciliées autour de Toul. L'affaire de ce trafic a été traitée par la gendarmerie de Meuse.

Quelques pôles secondaires d'approvisionnement sont aussi signalés en Haute-Marne, mais ils sont de moindre importance. La répartition spatiale des consommateurs d'héroïne touche aussi bien le secteur rural que les secteurs urbanisés du département, au prorata de la densité démographique de ces deux grandes catégories de territoire. Pour les communes rurales, il faut prendre en compte le phénomène de diffusion : il suffit, dit-on, qu'un dealer s'installe dans un village pour que le nombre des infractions pour usage de stupéfiants augmente.

Il n'y a pas systématiquement de relation entre le nombre d'interpellations et le nombre des consommateurs. La forte prévalence des ILS pour usage d'héroïne, et dans une moindre mesure pour le cannabis, est aussi à mettre en relation avec l'activité même des forces de l'ordre dans un département rural. Or, on peut faire l'hypothèse que dans un département à faible densité démographique, où comme on dit schématiquement « tout le monde se connaît », les comportements délictueux de consommation de produits illicites sont davantage visibles que dans les espaces urbains à forte concentration de population. Si cette hypothèse s'avérait exacte, elle aurait une incidence sur les statistiques des ILS. Toujours est-il que l'information apportée par ces statistiques montre que l'offre et la disponibilité de l'héroïne se sont accrues en Meuse.

L'importance de l'usage d'héroïne : un phénomène récent

La plus forte prévalence meusienne des ILS pour usage d'héroïne est un phénomène relativement récent. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre d'infractions pour 100 000 habitants âgés de 20 à 39 ans depuis 1992 pour la Meuse comparée à l'ensemble des départements lorrains. Hormis l'année 1999, les taux meusiens sont inférieurs aux taux lorrains jusqu'en 2006, avec l'une ou l'autre année où ils sont pratiquement équivalents. Mais, à partir de 2006, les taux meusiens d'ILS pour usage héroïne ont connu une forte progression pour dépasser les taux lorrains. C'est donc un phénomène plutôt récent qui nécessite une adaptation des pratiques contrôle du trafic et de prévention des consommations.



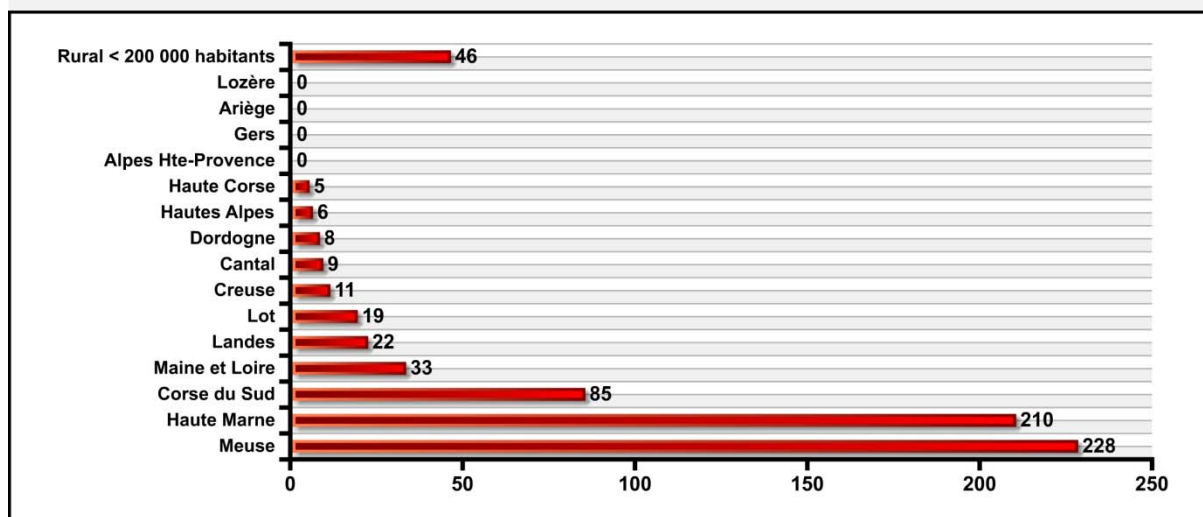
Une représentation du phénomène drogues en milieu rural à nuancer

Les données de la police et de la gendarmerie, mais aussi des douanes, confirment donc le jugement proposé par les acteurs de terrain à partir de leurs pratiques professionnelles quotidiennes, à savoir que la Meuse est un département fortement touché par l'offre et la consommation de produits stupéfiants illicites. Cette observation dénote avec les représentations communes sur la consommation de drogues en milieu rural dès lors que le regard est porté depuis un niveau national ou régional où l'on insiste davantage sur les milieux urbains et certains de leurs quartiers. Et les alertes énoncées localement, comme en Meuse, peuvent ne pas être toujours entendues à la hauteur de leur exactitude par des personnes en situation de décision dans les administrations centrales ou régionales qui lisent la réalité à partir de leur prisme d'observation.

Cette analyse doit toutefois être nuancée, car si la Meuse est effectivement un département rural, sa position près de la Belgique et des Pays-Bas, sa proximité avec la Meurthe-et-Moselle, lui confèrent une situation particulière par rapport aux ILS pour usage simple d'héroïne. L'observation du phénomène dans les autres départements français de moins de 200 000 habitants montre, en effet, qu'il y a une spécificité meusienne et haut-marnaise.

Le graphique suivant montre les taux d'ILS pour usage d'héroïne dans les départements de moins de 200 000 habitants. La plupart d'entre eux présentent des taux faibles (moins de 40 pour 100 000 habitants de 18-39 ans), voire nuls. Deux départements se distinguent nettement avec des taux supérieurs à tous les départements plus importants en nombre d'habitants, à l'exception de la Meurthe-et-Moselle : la Meuse et la Haute-Marne.

Taux d'ILS pour usage d'héroïne dans les départements ruraux Taux pour 100 000 habitants de 18 à 39 ans en 2009

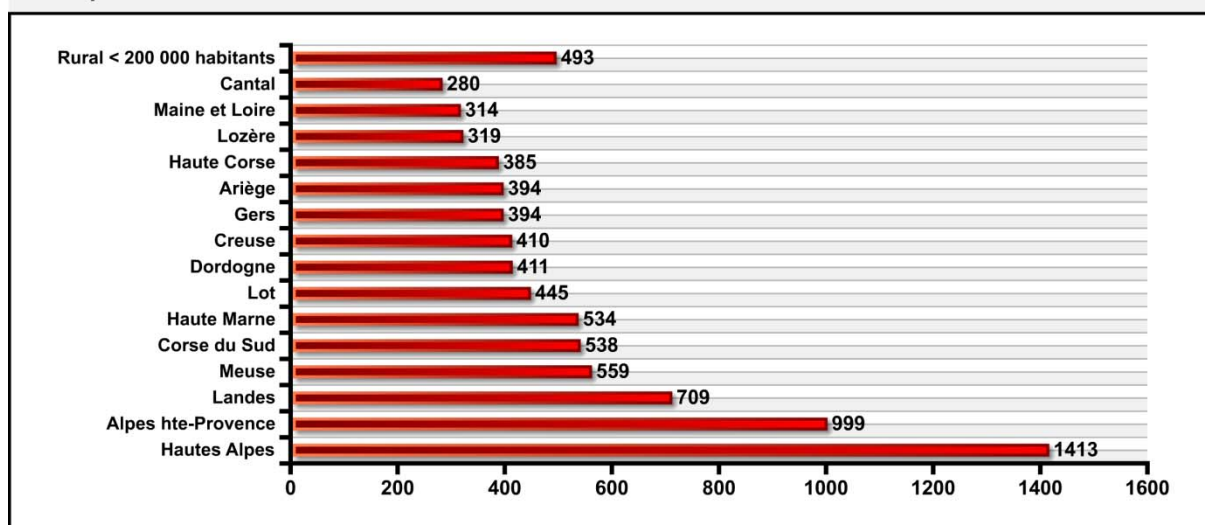


Source : OCRTIS

Pour les taux d'ILS pour usage de cannabis, des différences significatives entre départements de moins de 200 000 habitants sont également observables, mais avec des écarts moins caractérisés que pour l'héroïne.

Taux d'ILS pour usage de cannabis dans les départements ruraux

Taux pour 100 000 habitants de 15 à 39 ans en 2009



Source : OCRGIS

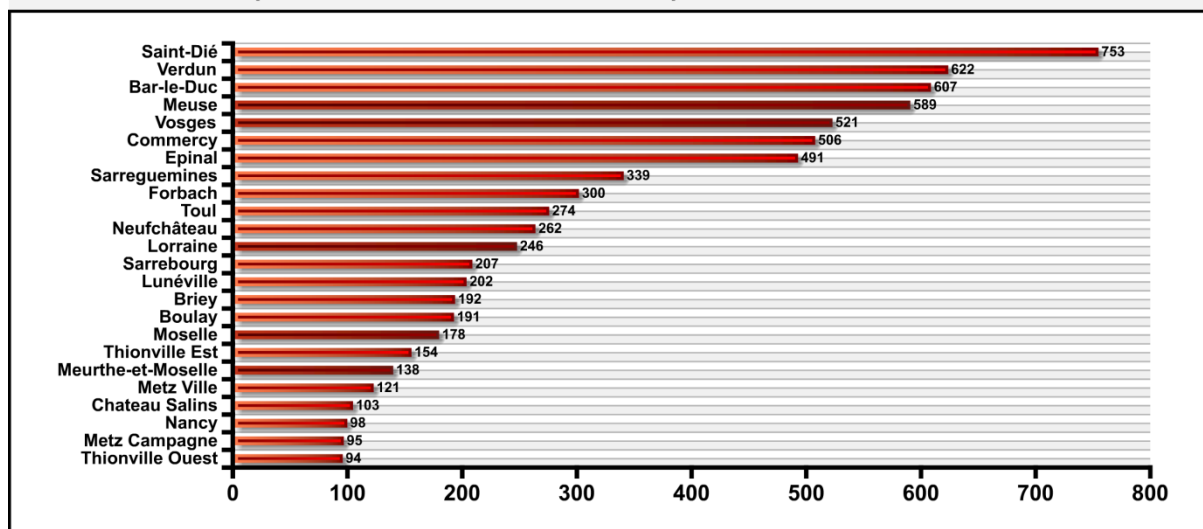
Les analyses sur la prévalence des drogues en milieu rural ne peuvent donc se contenter d'un discours unique et général. Des différences importantes apparaissent en fonction de la situation géographique de chacun de ces départements et notamment de leur proximité avec des espaces de trafic de ces produits. C'est le cas avec la Meuse et la Haute-Marne pour l'héroïne. Mais les données pour les ILS pour usage de cannabis peuvent être interprétées de la même manière pour les Hautes-Alpes, les Alpes de Haute-Provence et les Landes, départements plus proches de très grandes agglomérations urbaines davantage caractérisées par le trafic de cannabis que d'autres.

Consommations excessives d'alcool : une préoccupation renouvelée

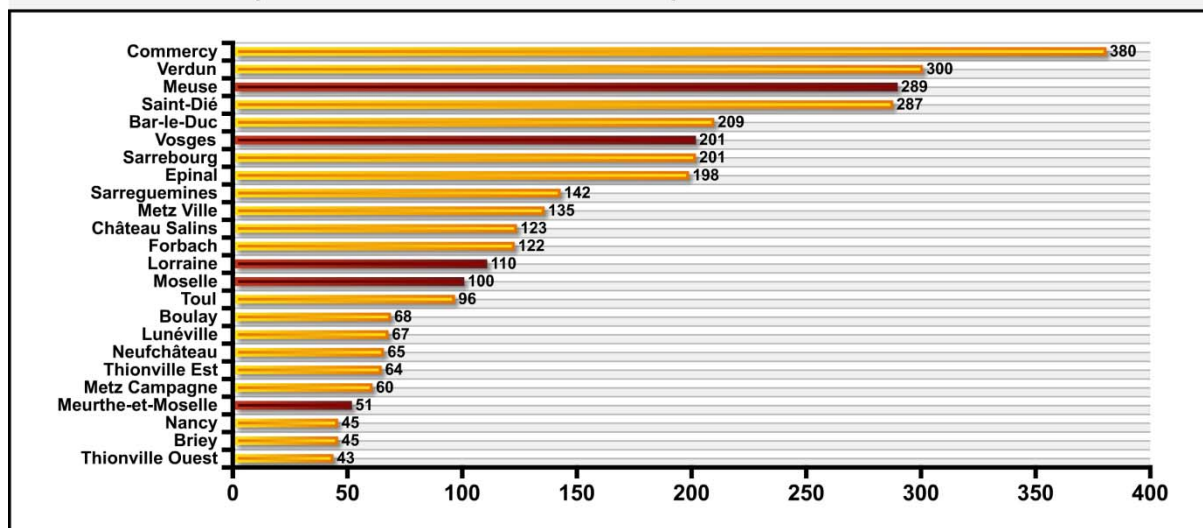
Les indicateurs meusiens sur les conséquences en termes de santé de la consommation excessive d'alcool sont bien connus depuis longtemps et montrent une surmortalité meusienne constante dans le temps, davantage encore en Meuse du Nord, pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et les cirrhoses alcooliques. Mais ils ne reflètent que partiellement et imparfaitement la situation actuelle dans la mesure où ce type de mortalité survient après un long processus morbide qui commence aux alentours de la cinquantaine et dont l'origine remonte bien avant cet âge.

Plus intéressantes sont les données portant sur taux d'hospitalisation des jeunes âgés de 15 à 24 ans pour éthylisme aigu ou intoxication aiguë par l'alcool. C'est ce qu'indiquent les deux graphiques suivants qui montrent une plus forte prévalence de ces hospitalisations pour ivresse à cet âge dans les arrondissements et le département meusiens lorsqu'on les compare aux autres territoires lorrains.

Taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool Hommes 15-24 ans Année 2008 - Par département et arrondissement - Taux pour 100 000



Taux d'hospitalisation pour intoxication aiguë par l'alcool Femmes 15-24 ans Année 2008 - Par département et arrondissement - Taux pour 100 000



Si elles confirment les analyses proposées par les participants aux deux groupes de travail, les données quantitatives rappelées précédemment présentent toutefois des limites. Certaines d'entre elles ont déjà été présentées lorsqu'a été abordée la méthodologie mise en œuvre pour la réalisation de ce diagnostic. On peut y ajouter le décalage dans le temps qu'induisent les contraintes de ce mode d'observation rétrospectif en raison de la lourdeur de tout appareil statistique. Or de nouveaux produits stupéfiants, les drogues de synthèse par exemple, apparaissent régulièrement et de manière continue sur le marché illégal des psychotropes que les outils statistiques ne prennent pas encore en compte. Il importe donc d'être vigilant sur les phénomènes actuels de consommation, tout en anticipant sur le futur proche. Des informations actuellement disponibles sur des laboratoires de métamphétamine dans le secteur de Maastricht (Pays Bas) – quatre ou cinq ont été démantelés assez récemment – et sur les flux de trafic peuvent, par exemple, laisser présager une recrudescence de ce produit et plus généralement des drogues de synthèse. D'où l'intérêt de disposer régulièrement d'informations sur ce qui se passe dans la rue pour être le plus réactif possible sans se polariser sur un produit.

De même de nouveaux comportements de consommation se développent avec l'arrivée à l'âge adolescent ou adulte de nouvelles générations. C'est le cas, par exemple, avec le phénomène du « binge drinking » (consommation excessive de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés) ou encore avec les soirées festives fortement alcoolisées de jeunes organisées au domicile familial, avec souvent la complicité des parents qui veulent ainsi éviter les risques d'accidents de la circulation liés à l'alcool. Ce qui montre l'importance d'un volet qualitatif dans un dispositif d'observation des comportements addictifs qui serait assorti d'un système de veille et de vigilance permettant d'informer les personnes en situation de décision sur les évolutions les plus récentes, les plus utiles pour gérer les situations au quotidien.

Les données statistiques présentées ne permettent pas non plus de qualifier les populations concernées dans leur diversité et de caractériser les modes de consommation. L'approche qualitative permet toutefois de compenser ce manque, sans pour autant pouvoir quantifier l'importance des phénomènes repérés.

Deux orientations différentes sont possibles pour préciser la prévalence des comportements addictifs. Soit on se limite à une analyse globale en population générale, soit on observe des populations spécifiques préalablement définies.

2 – L'analyse qualitative proposée par les groupes de travail meusiens

Les informations apportées par les différents participants des groupes de travail pour compléter les données quantitatives les plus significatives rappelées dans le chapitre précédent ont été de deux ordres. Les unes portaient sur une analyse plutôt générale permettant de qualifier l'importance du phénomène des addictions en population générale. Les autres étaient davantage ciblées sur un type de public particulier qu'ils avaient à connaître dans le cadre de leur pratique professionnelle.

2.1 – L'usage de produits psychoactifs en population générale

Héroïne, alcool et cannabis : produits addictifs les plus souvent consommés

Dans leur analyse sur les consommations addictives en population générale, ce qui préoccupe le plus les participants aux groupes de travail c'est certes la consommation d'héroïne, comme cela a déjà été dit, mais aussi celle de l'alcool et du cannabis chez les jeunes.

Pour l'héroïne, ils soulignent qu'il s'agit le plus souvent d'un usage initiatique et/ou festif. Mais des exemples plus graves, précis et localisés, de dépendance aux opiacés ont été évoqués chez des jeunes tout juste âgés de 15 ans. Le médecin responsable du CSAPA Centr'Aid a fait part de son expérience avec un héroïnomanes de 15 ans qui a connu trois cures de désintoxication, en dépit de son jeune âge. Le cas évoqué n'est pas unique. Le même service de soins a eu à connaître sept autres cas de mineurs pharmacodépendants parmi les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse depuis la régionalisation récente de la PJJ, dont quatre Meusiens.

Ces cas, aussi problématiques soient-ils, ne peuvent pas pour autant forger les contours d'une image de la consommation d'héroïne en Meuse. Dans le Sud-Meusien, pour prendre un exemple, les infirmières scolaires ont en charge la promotion de la santé de 6 200 élèves. Elles assurent un suivi plus constant pour près d'une cinquantaine d'élèves : 38 pour un problème lié à la consommation de boissons alcoolisées, 7 pour le cannabis, 2 pour l'héroïne et un pour une autre drogue. Ces valeurs, rapportées aux 6 200 élèves, montrent un taux de prévalence relativement faible des comportements problématiques repérés.

Il faut donc relativiser l'importance numérique des cas les plus difficiles, même s'ils sont emblématiques d'une préoccupation de santé publique et s'ils servent d'alerte pour la prise de conscience des risques liés à ce produit dans la population jeune. Surtout qu'en Meuse, département vieilli, la proportion des moins de 20 ans reste importante (25 % de la population) et que l'on assiste à une chute des prix de l'héroïne et de la cocaïne sur le département¹. Ce rappel de la proportion des jeunes dans la population meusienne a son importance en termes de prévention. Certes le taux des moins de 20 ans est aussi important en Meuse que dans les départements voisins. Mais les données de l'INSEE montrent aussi qu'une partie importante de ces jeunes quittent la Meuse à 18-20 ans pour faire des études en Moselle ou en Meurthe-et-Moselle, si ce n'est pas ailleurs, et qu'ils ne reviendront pas de suite s'installer dans leur département d'origine. Parmi ceux qui restent, il y aura certainement les plus fragilisés socialement. La première possibilité, celle de la migration universitaire et professionnelle, plaide en faveur d'une solidarité régionale et nationale dans les crédits affectés à la prévention des addictions, car les jeunes qui seront touchés par des actions de ce type vivront ailleurs leur vie de jeune adulte. La seconde renvoie à un enjeu local car elle concerne la dynamique départementale dans la prévalence des addictions.

Les témoignages argumentés sur des cas de consommation d'héroïne et de dépendance à ce produit peuvent être complétés par les observations menées dans les établissements scolaires par le service de médecine et de promotion de la santé auprès des élèves. C'est là une population très diverse de par l'âge, les conditions sociales des parents, les lieux de résidence, les compétences, etc. Or le constat d'ensemble proposé est plutôt positif : globalement, les adolescents vont bien, certes certains milieux se distinguent par des consommations plus prononcées d'alcool et/ou de cannabis. Si une forme de banalisation de la consommation de cannabis se constate, au sein des cités scolaires comme ailleurs, elle ne se rencontre pas seulement dans l'augmentation de la prévalence de sa consommation, mais aussi dans le déni, par des jeunes, de ses méfaits. Mais il faut souligner que les drogues dites « dures » sont mal perçues par les élèves.

Un constat similaire est formulé à propos des apprentis en CFA-agricole où les cas avérés de consommation d'héroïne restent marginaux. Mais il suffit d'un seul cas, aussi rare puisse-t-il être, pour qu'il devienne problématique pour l'institution qui craint, à juste titre, qu'il ne suscite des émules autour de lui.

De manière générale, les témoignages exprimés au cours des réunions des deux groupes ont également abordé les comportements de **consommation excessive d'alcool**, mais dans une moindre mesure que celle de l'héroïne. On peut faire l'hypothèse que l'incursion importante de la problématique de l'héroïne en Meuse a fait passer au second plan les problèmes liés à l'alcoolisation, une question plus ancienne, plus structurelle, mais tout aussi importante.

L'unité d'addictologie de liaison du centre hospitalier de Verdun souligne que, depuis deux ou trois ans, le nombre de consultations pour alcoolisation excessive a doublé. D'un point de vue épidémiologique, elle constate également le rajeunissement des patients. Les consultations de jeunes pour l'alcool font souvent état de consommations massives et répétées de 2,5 grammes, voire de 3 g, d'alcool pur dans le sang. Ce sont pour la plupart des patients âgés de moins de 20 ans connaissant souvent des difficultés judiciaires avec des obligations de soins. Cette dernière précision est importante à prendre en compte, car la population jeune ne vient pas spontanément consulter

¹ D'après des informations fournies par les représentants de la police et de la gendarmerie participant au groupe de travail, le gramme d'héroïne peut être acquis pour 7 € à Maastricht. A Bar-le-Duc, le prix de vente moyen se situe, en 2010, à 25 € le gramme.

un service de soins pour des problèmes d'alcool. Et ceux qui viennent alors qu'ils n'y sont pas contraints par une obligation judiciaire, c'est plutôt après un épisode aigu ou en raison de problèmes familiaux avec leurs parents liés à leur comportement addictif. C'est dire le frein par rapport aux soins que peuvent connaître les jeunes confrontés à un problème d'alcool.

Au niveau de la sécurité publique, les interventions de la brigade de nuit sont très majoritairement liées à une problématique d'alcool. Les violences faites aux femmes avec des auteurs sous l'emprise de l'alcool sont fréquentes. Avec les contrôles des automobilistes dans le cadre de la sécurité routière, on s'aperçoit que les comportements se sont ajustés dans l'ensemble pour les trajets automobiles. Le nombre des contrôles positifs a diminué. Mais celui des contrôles dépistant l'usage de drogue illicite a augmenté. La prévention n'est pas facile à engager face à ces dépistages positifs, car la quasi-totalité des gens concernés adhère davantage à la préservation de leur permis de conduire et beaucoup moins aux messages de prévention.

L'usage de cannabis a été relativement peu développé au cours de ces réunions, si ce n'est pour évoquer sa banalisation. Mais cela ne minimise pas pour autant l'importance de sa prévalence au niveau départemental. On peut juste constater que les priorités publiques se sont déplacées en raison de l'irruption du phénomène de la consommation d'héroïne.

Le lien entre usage de drogues illicites et délinquance

Les constats proposés par des magistrats, la police ou la gendarmerie insistent sur les liens qu'il y a entre la délinquance et l'acquisition de drogues. Cambriolages, agressions contre les personnes et vols à la roulotte sont, en effet, souvent un moyen de financement des consommations.

Le parcours usage de drogue → délinquance a pu être décrit comme suit, lorsqu'il se fait : usage festif pour commencer, suivi d'un usage plus répétitif et abusif, dépendance au produit après une consommation continue au bout de six mois. À ce moment là, la personne entrée dans ce cycle maintient sa vie sociale pendant une année environ. Puis on assiste rapidement à une dégradation de la situation sociale qui au bout de trois ou quatre ans peut la conduire à commettre des actes délictueux, soit pour disposer des moyens de financement de sa consommation par des atteintes aux biens et/ou aux personnes, soit par un usage-revente sanctionné au titre des infractions sur la législation sur les stupéfiants. Bref, un cycle qui peut aboutir à une incarcération. Mais on manque encore du recul nécessaire pour décrire avec précision cette trajectoire et pour mesurer son importance dans le territoire étudié.

Trajectoire type des situations les plus problématiques de l'usage de drogue



Cette modélisation de la trajectoire conduisant de l'usage simple de drogue à l'incarcération traduit le cheminement le plus problématique parmi de multiples possibilités. Elle est construite en sélectionnant à chaque fois qu'un seul des cheminements possibles entre chaque étape. Ainsi, par exemple, suite à un usage initiatique ou festif d'une substance, des consommateurs décideront de cesser son usage, d'autres maintiendront une consommation non problématique et une minorité poursuivra vers l'étape suivante. Le modèle présenté ne porte donc que sur le parcours qu'il faut

éviter par des actions successives d'information et de prévention. Des trajectoires multiples existent autour de ce modèle emblématique, surtout dans les premières étapes repérées où les usages initiatiques, modérés et l'arrêt sont la règle générale.

L'expérience des pratiques de soins aux toxicomanes à la maison d'arrêt de Bar-le-Duc et dans les centres de détention indique que les Meusiens concernés ne sont pas dans la grande délinquance. Pour ceux qui viennent d'ailleurs, notamment dans les centres de détention, la trajectoire peut être de nature toute différente.

Cette hypothèse de modélisation de la trajectoire d'un toxicomane, depuis ses premières consommations jusqu'à son éventuelle incarcération, montre que la prévention n'est vraiment pertinente que si elle intervient au tout début de ce parcours. Après, les consommateurs devenus dépendants se trouvent isolés et la perméabilité aux messages de prévention existe moins. Comme les premières prises de drogue commencent de plus en plus jeune, c'est du côté de la jeunesse qu'il faut miser pour la prévention.

Des différences de prévalence des addictions en fonction des territoires meusiens

L'analyse en population générale a permis également d'identifier des territoires infra-départementaux où la prévalence des consommations de drogue illicite ou de boissons alcoolisées apparaît plus importante qu'ailleurs. Mais, à défaut de données objectivées, une prudence s'impose pour distinguer ce qui relève d'une réalité analysée avec rigueur et ce qui appartient aux représentations collectives et aux rumeurs colportées par l'opinion publique, fut-elle d'origine professionnelle.

Si des consensus se sont dégagés à partir de l'expérience de terrain de spécialistes et des faits vérifiés pour qualifier tel ou tel secteur comme particulièrement concerné par les comportements addictifs, les professionnels de la prévention mesurent la difficulté d'en tenir compte dans les orientations de leur action départementale pour pouvoir agir avec le plus d'efficacité possible sans pour autant stigmatiser les territoires concernés par des effets d'annonce publique discriminante qui serait contre-productive¹. Car, pour les territoires concernés, des actions locales sont nécessaires pour changer les comportements et les habitudes qui quelquefois peuvent être ancrés dans une histoire locale. Mais cibler plus particulièrement ces espaces par des actions nécessaires de prévention suppose au préalable la définition d'une stratégie adaptée aux caractéristiques locales et d'une méthodologie d'intervention qui soit acceptée. C'est pourquoi certains intervenants privilégient des lieux « neutres » pour la diffusion des informations (les collèges et lycées par exemple) ou pour l'accueil des publics concernés (Point Accueil Écoute Jeunes ou Maison des adolescents par exemple). Dans ce dernier cas, la « neutralité » du lieu qui n'affiche pas un problème spécifique facilite le travail d'introspection face à ce qui motive la consommation d'un produit addictif et face aux contextes d'usage.

Les difficultés rencontrées avec une telle discrimination territoriale tiennent aussi à la complexité des explications susceptibles de déterminer des pistes d'action. Car, pour les territoires connus pour une plus forte prévalence de la consommation excessive d'alcool, plusieurs hypothèses d'interprétation peuvent être avancées : l'isolement du lieu et le repli sur soi d'une partie de la population, sa situation économique et ses répercussions sur les difficultés des familles, attitudes autodestructrices

¹ Le directeur de la Mission Locale de Verdun parle à ce propos de « délit d'adresse » qui peut stigmatiser certains jeunes domiciliés dans des secteurs réputés pour les consommations de produits addictifs.

de certains jeunes majeurs consommateurs de drogues ? Bref, il est difficile d'avancer une explication unique, mais on peut souligner que tous les milieux sociaux sont concernés lorsqu'on observe une concentration des problèmes d'addictions sur un espace donné.

La consommation de drogues en milieu festif alternatif : un phénomène mineur

Malgré son caractère rural, le département de la Meuse semble peu concerné par des regroupements festifs de type free parties organisés en squattant temporairement des espaces privés (champs, carrières, forts, etc.) Ce mouvement basé sur la musique techno, souvent caractérisé par une concentration ponctuelle de l'offre et de consommateurs de drogues illicites, n'est plus tellement d'actualité dans les pratiques meusiennes. La dernière expérience de ce genre citée concerne le teknival organisé, légalement, en 2004 à Chambley, en Meurthe-et-Moselle, à la frontière de la Meuse.

En population générale, c'est-à-dire en prévention universelle, on vise l'amélioration des compétences personnelles ou des ressources environnementales de tous les individus sans sélection préalable, si ce n'est la population jeune dans son indifférenciation. La prévention peut aussi proposer des mesures ciblées en s'adressant à un sous-groupe d'individus qui ont plus de probabilités que la population en général de développer un problème particulier en raison de la présence de facteurs de risque.

2.2 – L'usage de produits psychoactifs en fonction de groupes spécifiques de population

L'approche de la prévalence des comportements addictifs par groupe de population spécifique est apparue la plus fournie d'informations pendant ce travail en commun. Chacun des professionnels intervient en effet à partir d'un dispositif particulier construit pour résoudre un problème spécifique ou en fonction d'un public préalablement ciblé par une politique sectorielle. C'est en ce sens que l'on a pu dire que chacun d'entre eux disposait d'une expertise sur une partie de la réalité et qu'il importait de croiser et de confronter les regards pour se rapprocher d'une vision d'ensemble. C'est à partir de leurs témoignages que l'on peut proposer des analyses qualitatives par type de public concerné, sans pour autant avoir la volonté de dresser un tableau de toute la diversité des publics concernés.

- De par la nature même de ses interventions, la **Protection Judiciaire de la Jeunesse** limite son constat à une population de mineurs âgés de 10 à 18 ans connus de ses services parce qu'elle est l'objet de mesures éducatives de type judiciaire ou administratif. Ce sont des jeunes qui sont le plus souvent en carence affective et éducative. Ce public fragilisé est numériquement peu nombreux mais assez représentatif de ce que l'on a coutume d'appeler les jeunes en difficulté. Ils ne se limitent pas aux familles les plus défavorisées mais peuvent être issus de toutes les catégories socioprofessionnelles.

La consommation de drogues illicites par ce type de public se caractérise d'abord par une banalisation de l'usage de cannabis avec une méconnaissance de la loi ou tout au moins un rapport distancié à l'interdiction de son usage. L'image du cannabis comme produit « naturel » ou « bio » d'une relative innocuité tend à se développer.

Les jeunes des établissements de la PJJ ont accès à ce type de produit à l'occasion des activités qu'ils peuvent mener en extérieur et au moment desquels il est plus difficile d'assurer un contrôle constant. En Centre éducatif renforcé (CER) ou en Centre éducatif fermé (CEF), la donne est

différente car les jeunes sont sous une surveillance permanente avec un taux d'encadrement plus important. Enfin, la PJJ intervient aussi en milieu ouvert où les jeunes vivent à leur domicile.

Des actes de délinquance liés directement ou indirectement à l'acquisition de cannabis sont signalés, soit pour avoir les moyens financiers de son achat, soit comme règlements de compte à l'égard de jeunes fortement endettés auprès de dealers. Mais la circulation du cannabis au sein de ce public ne peut se résumer à ces seules pratiques. L'échange, le troc et le dépannage entre copains existent également.

Si l'usage de cannabis est une pratique dominante qui caractérise ce public, il ne faut pas perdre de vue que la consommation d'alcool est tout aussi problématique, même s'il s'agit d'un comportement davantage socialisé, mieux accepté par l'environnement familial immédiat et quelquefois plus anodin lorsqu'il s'agit de boissons énergisantes mélangées avec des alcools (Red Bull + vodka par exemple).

Des observations plus ponctuelles font aussi état, pour l'un ou l'autre territoire, d'une baisse de l'âge à l'initialisation à la consommation d'héroïne (à 14 ans).

- Un constat assez proche est formulé par **les Unités territoriales d'action sociale (UTAS) du Conseil Général** dont l'intervention est plus généraliste que celle mise en œuvre par la PJJ. La Meuse est un département où le taux d'enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance est un des plus élevés de France métropolitaine : taux de 14 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (8^{ème} département par ordre d'importance), presque le double de celui de Moselle.

**Nombre d'enfants accueillis* par l'aide sociale à l'enfance
et taux pour 1000 jeunes de moins de 20 ans**

Département	Nombre	Taux pour 1000 de <20 ans
Meurthe-et-Moselle	1 625	9,1
Meuse	662	14,0
Moselle	1 918	7,8
Vosges	772	8,5
Lorraine	4 977	8,8
France métropolitaine	142404	13,2

Source : DREES

* Enfants accueillis = Enfants confiés à l'ASE et enfants en placement direct par le juge

Les assistantes sociales observent que les 2/3 des parents de ces enfants sont confrontés à des problèmes de consommation excessive de boissons alcoolisées. Le travail social avec ces familles doit donc en tenir compte, mais la voie à trouver n'est pas facile à dégager. D'abord parce que le problème d'addiction repéré n'est jamais isolé, il se cumule avec d'autres problèmes (emploi, revenus, comportements, etc.). Ensuite parce que se pose la question de l'accès aux soins pour la prise en charge de l'addiction. Or cet accès aux soins ne peut pas être défini sur le mode de l'injonction ou de la contrainte mais relève d'une démarche volontaire qui peut toutefois être incitée, soutenue et accompagnée. Un exemple est cité comme illustration. Il s'agit d'une commune du Sud-ouest de la Meuse qui compte 1 623 habitants en 2008 (2 036 en 1999) et où 43 personnes relevant des services sociaux départementaux ont été récemment dénombrées avec une problématique d'alcool ou de consommation d'autres drogues. Un tiers d'entre elles seulement est inscrit dans une démarche de soins.

L'observation des travailleurs sociaux du Conseil Général met également en évidence que certains secteurs du territoire semblent davantage concernés par cette problématique liée aux addictions dans les familles les plus démunies qu'ils ont à connaître. Les habitudes de consommation

fréquente et excessive d'alcool commencent de plus en plus tôt dans l'âge : des enfants de 11 ou 12 ans sont remarqués avec des consommations ostensibles d'alcool. Ils s'approvisionnent dans les supermarchés ou les hard discounts avec la complicité de jeunes majeurs pour détourner la loi sur la vente d'alcool aux mineurs. Des contrôles administratifs ont déjà été engagés auprès des débits de boissons à emporter pour veiller à l'application effective de la loi. Mais avec la connivence d'un jeune de 18 ans, cette contrainte peut facilement être détournée. D'autant plus que les regroupements informels de jeunes rassemblent de plus en plus une diversité d'âges, de 11-12 ans à 18 ans.

D'autres publics spécifiques ont été évoqués mais sans les détailler par des informations permettant de caractériser leur rapport éventuel aux drogues. On se contente ici d'en rappeler deux pour mémoire :

- Les femmes qui, en Meuse, connaissent des indicateurs de mortalité liée à l'usage d'alcool supérieurs à la moyenne nationale, sont priorisées pour le développement d'actions de prise en charge et de prévention. Il convient de rappeler que les consommations sont souvent associées aux violences. L'impact des consommations lors de la grossesse, le retentissement sur la période périnatale et la vie familiale sont des motifs d'actions ciblées. Le pôle mère-enfant des centres hospitaliers recense des cas de ce type. Les sages-femmes de la PMI assurent des suivis préventifs au moment des bilans de santé obligatoires. Mais il n'est pas facile d'aborder spontanément la question de la consommation de boissons alcoolisées ou d'héroïne avec les jeunes mamans ou futures mamans.
- Les personnes en centre de détention. Ce public est bien connu du CSAPA Centr'Aid qui les prend en charge dès lors qu'un problème d'addiction est repéré.

Les limites de l'approche par publics spécifiques

L'approche par public spécifique présente toutefois des limites inhérentes à sa construction. En effet, les professionnels mobilisés pour le diagnostic interviennent dans le cadre de dispositifs conçus pour la prise en charge de publics préalablement définis à partir de besoins sociaux élaborés sur des critères de pauvreté-précarité, de difficultés personnelles, administratives ou judiciaires, etc. Et si le croisement de ces différents regards permet effectivement de mieux comprendre le phénomène des comportements addictifs, il risque de produire une représentation d'ensemble quelque peu déformée ou parcellaire de la réalité. Car, comme l'a souligné l'association des familles rurales, la question des addictions ne concerne pas seulement les familles ou les jeunes confrontés à des difficultés, mais aussi des segments de la population qui, par ailleurs, sont bien insérés socialement. Or cette partie de la population n'est pas connue des services spécialisés et lorsqu'elle le devient c'est qu'elle a déjà besoins de soins et que l'étape possible de la prévention ou du conseil a été négligée ou est dépassée.

Ce n'est pas tellement la segmentation de la population générale en publics différents pour mieux avoir prise sur un phénomène complexe qui est en cause dans l'évocation de ces limites, mais davantage les critères qui l'ont déterminée. D'ailleurs le diagnostic réalisé en Meuse aurait encore gagné en pertinence si on avait davantage complété la diversité des milieux dans lesquels vit la population. Ainsi, par exemple, le monde du travail et des entreprises n'était pas représenté dans aucun des deux groupes. Il est vrai que la question des drogues illicites commence seulement à être prise en compte de manière organisée par les services de santé au travail (l'ancienne médecine du

travail). Mais leur expertise de la question de la consommation excessive d'alcool aurait été bénéfique à la réflexion commune.

Cette réflexion méthodologique a animé une partie des débats des deux groupes de travail meusiens. À partir d'exemples concrets, ils ont insisté sur la nécessité pour un diagnostic de ce genre de ne pas se contenter d'observations générales sur un public donné qui n'est que rarement homogène. Ainsi parler « des jeunes » suppose de préciser à quels jeunes en particulier on fait référence. C'est ce qu'a notamment souligné le Centre de Formation des Apprentis (CFA-agricole). Cet établissement regroupe des jeunes de la classe de 3ème jusqu'au BTS. Certains sont d'origine rurale, d'autres viennent de territoires urbanisés. Et si le constat de la banalisation des consommations de cannabis peut être étendu aux apprentis du CFA, on observe néanmoins des variantes en fonction des filières de formation choisies, des classes, des années scolaires. D'une année sur l'autre les nouvelles générations d'apprentis peuvent avoir des comportements différents.

Privilégier l'approche globale

Quel que soit le découpage catégoriel des publics en fonction de leurs missions d'intervention, les professionnels des différents champs d'intervention réunis dans les deux groupes de travail partagent un modèle identique de compréhension de la toxicomanie et des consommations de produits psychoactifs. Ils insistent sur **la prise en compte de la situation** des personnes concernées **dans sa globalité**. L'entrée dans la compréhension de l'addiction ne peut pas se faire en se polarisant sur un produit (alcool ou drogue illicite), cela d'autant plus qu'on est face aujourd'hui à des polyconsommations où les différents produits peuvent être utilisés de manière indifférenciée en fonction des opportunités du moment. C'est bien la problématique globale d'une personne ou d'une famille qu'il faut donc approcher, car l'usage régulier de telle ou telle substance n'est compréhensible qu'au regard d'une situation d'ensemble dont il peut être l'un des symptômes. Il en va de même lorsque le CIAS du Centre Ornain souligne que, de plus en plus, des jeunes ne trouvent plus toujours les repères nécessaires à leur âge auprès de leurs parents, mais qu'ils vont les chercher auprès de jeunes majeurs qu'ils fréquentent dans la rue. Dans ce cas, la drogue ne doit pas être particularisée dans l'ensemble des phénomènes traduisant cette crise d'identité des jeunes.

En se basant sur les principes de l'approche systémique, tout programme d'interventions doit donc s'attarder aux différentes dimensions physiologiques, médicales, psychologiques et sociales. C'est là un modèle psychosocial d'appréhension du phénomène qui appelle une approche multidimensionnelle. La principale cible d'une intervention n'est donc pas le produit en lui-même, mais plutôt les conditions d'ordre psychosocial qui sont à la source de rapports problématiques entre un individu et le produit. C'est ce qu'a résumé un des participants en rappelant : *« si on veut travailler la prévention, il ne faut pas saucissonner en différentes actions éparpillées : l'estime de soi, la vie affective ou sexuelle, etc. Le ciblage des financeurs sur des problématiques spécifiques ne nous facilite pas la vie. »*

On aura compris que, pour être pleinement efficace, ce modèle doit être le plus en adéquation possible avec celui qui oriente les choix des responsables locaux des politiques territoriales, au sein d'une intercommunalité par exemple.

Repérer les signes avant-coureurs d'un risque de comportements addictifs

Dans cette perspective, et si on ne limite pas son regard sur les seules consommations de psychotropes, des signes avant-coureurs peuvent être détectés qui laissent pronostiquer une

possible consommation de produits addictifs. Pour les éducateurs de la prévention spécialisée, le décrochage scolaire chez les jeunes est un de ces signes auxquels ils se montrent sensibles, tout comme le détachement familial ou la rupture des liens familiaux.

D'après les statistiques du Rectorat de l'Académie Nancy-Metz, le taux de décrochage scolaire au niveau régional est de 5 % des jeunes de plus de 16 ans scolarisés en début de l'année 2009-2010. Les Missions Locales signalent pour leur part que plus du tiers des jeunes qu'ils connaissent attendent au moins deux ans, si ce n'est plus, avant de prendre contact avec ce dispositif (34 % en Meuse en 2010). C'est dire le temps de latence entre la sortie de l'école sans avoir obtenu un diplôme d'études secondaires et la volonté de s'inscrire dans un processus d'insertion professionnelle. Or l'abandon ou le décrochage scolaires et la consommation de substances psychotropes se présentent assez souvent de façon concomitante, et non isolée.

L'exemple du décrochage scolaire permet de mettre en évidence la nécessaire collaboration entre les différents acteurs institutionnels intervenant auprès des jeunes. Il s'agit en effet d'un phénomène complexe, mettant en jeu une multiplicité de causes et dépassant le cadre purement scolaire. Ainsi milieu social, facteurs individuels psychologiques, facteurs institutionnels, échec scolaire, rapport à l'école, aux apprentissages et aux tâches scolaires, relation aux autres, sociabilité familiale et juvénile, estime de soi, entrent en interaction. Les réponses à trouver ne se situent pas seulement du côté scolaire ou des actions de formation mais aussi des interventions sur le processus même de désaffiliation sociale et de renforcement des compétences psychosociales.

La pertinence des marqueurs de risque doit toutefois être nuancée en milieu rural où la visibilité de ces phénomènes peut être tronquée. Un des participants a rappelé, qu'en milieu rural, il n'y a pas ou peu d'associations intervenant auprès des jeunes et susceptibles de repérer les comportements dits annonciateurs. En milieu urbain, c'est différent. Les associations et les équipes de prévention spécialisée sont davantage présentes dans les quartiers, ce qui permet une observation et une orientation des jeunes concernés par des situations difficiles.

Pour autant, des réponses sont apportées progressivement pour pallier cet inconvénient. Les collèges et lycées disposent depuis peu d'un outil pour lutter contre la déscolarisation des élèves destiné à recenser au jour le jour les jeunes figurant sur aucune liste d'inscription dans le secondaire. Lorsqu'un élève est signalé sans solution scolaire, le dernier établissement qu'il a fréquenté se charge de le contacter afin de prendre connaissance de sa situation et de lui proposer un soutien qui ne se limite pas au seul versant scolaire. Des plates-formes interpartenariales sont mises en place à cet effet par bassin de formation. Encore faut-il que la question du décrochage ne soit pas abordé sous le seul regard du parcours scolaire et qu'elle soit évoquée dans ses différentes composantes et manifestations, y compris la consommation de produits addictifs.

Il faut aussi signaler que des élus locaux de différents territoires meusiens sollicitent aujourd'hui le service de prévention spécialisée pour qu'il étende son action en milieu rural. Si cette éventualité devait se réaliser, cela supposerait que l'AMP définisse un modèle d'intervention différent de celui qu'il utilise en milieu urbain. C'est là un défi à relever d'autant plus facilement que des expériences de ce type en milieu rural sont tentées dans d'autres départements français.

De même, les pouvoirs publics préconisent une plus forte dynamisation des CISPD (Contrat ou Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance) pour permettre de mutualiser des moyens d'action auprès des jeunes. L'intérêt de cette démarche tient d'abord au fait

que son regard se porte sur les jeunes en population générale, sans ciblage préétabli, et qu'elle fédère la diversité professionnelle et institutionnelle des acteurs de terrain.

Au cours des réunions de travail portant sur le Sud Meusien, l'exemple du CISPDP de la Communauté de communes du Centre Ornain a été cité pour montrer l'importance de ce travail de développement territorial. Le diagnostic proposé par le Centre Intercommunal d'Action Sociale, animateur du volet du CISPDP consacré à la prévention des addictions, souligne l'âge relativement jeune au début des comportements addictifs : expérimentation du tabac dès l'école primaire, consommation régulière de cigarettes parmi une partie des élèves de classe de 6^{ème}, comportements d'alcoolisation visibles à proximité des collèges, etc. Certes ces attitudes ne caractérisent pas l'ensemble des jeunes, mais une partie d'entre eux pour qui il s'agit d'abord d'un symptôme d'une souffrance psychique. Et c'est bien sur cette cause que les travailleurs sociaux de Ligny-en-Barrois tentent d'intervenir.

Deux regards préalables sont donc possibles pour évaluer l'importance de la prévalence de la consommation de produits psychoactifs, l'un est porté sur la population en général, l'autre sur des publics spécifiques en fonction de leur lieu de vie privilégié ou de leurs caractéristiques distinctives. Cette différenciation méthodologique se reporte du coup sur le type d'action à mener : faut-il privilégier des initiatives en population générale (ce qu'on appelle en langage technique la « prévention universelle ») ou les cibler sur des publics particuliers ? Certes la réponse n'est pas aussi dichotomique que la question car les deux sont complémentaires.

Seconde partie : Les actions de prévention en Meuse

L'offre de soins pour les personnes présentant des comportements addictifs est jugée globalement satisfaisante en Meuse dans sa diversité et en nombre. Ce sujet n'était pas vraiment la priorité des groupes de travail, car il relève d'abord de la compétence de l'Agence Régionale de Santé qui a en charge sa planification et qui s'en préoccupe dans le cadre du « schéma médico-social d'addictologie en Lorraine ». Deux préoccupations ont cependant été formulées :

- comment faire pour que l'offre existante soit mieux utilisée par la population pour qui un besoin a été repéré ? Autrement dit, quel cheminement favoriser et inciter pour passer de l'expertise des besoins à l'expression de la demande de prise en charge ou de soins ?
- les solutions de rupture avec leur entourage immédiat pour les personnes les plus dépendantes à un produit psychoactif sont encore peu développées en Meuse. Au-delà de la nécessité pour que des réponses de ce type puissent exister en Meuse, ce constat pose le problème plus fondamental de la continuité des prises en charge et des soins entre les différentes institutions sociales ou médico-sociales que les personnes concernées peuvent avoir à connaître au cours de leur trajectoire toxicomaniaque ou de consommation excessive de produits.

1 - De la reconnaissance des besoins à la demande de soutien ou de prise en charge

Plusieurs exemples ont pu être présentés où la collectivité fait un effort pour mettre à disposition des publics concernés des lieux institutionnels où ils peuvent trouver un soutien ou des conseils. Mais si l'offre existe, elle n'est pas forcément utilisée. C'est le cas, par exemple, avec l'initiative prise par le CISPD du Centre-Ornain. Dans un premier temps, la commission addictions du CISPD avait proposé la mise en place de moyens pour que la population puisse plus facilement avoir recours aux services de soins spécialisés en addictologie en cas de besoin. Pour répondre à cet objectif, un centre de ressources pour la prévention des addictions a été expérimenté. Il s'agissait d'un lieu clairement identifié où les personnes concernées pouvaient rencontrer un professionnel ou un bénévole pour parler de leurs difficultés ou de celles de leurs proches dans un cadre qui leur garantissait la confidentialité et l'anonymat. L'évaluation de cette initiative a montré que l'outil n'était pas adapté aux habitudes des publics visés. Cet espace devait être un trait d'union entre la population et les structures de soins, mais il était peu fréquenté. Tout en gardant le même objectif, il a donc fallu changer de stratégie d'intervention et concevoir des actions pour aller au devant des gens là où ils se trouvent, plutôt que de les faire venir en un lieu spécialisé.

Cet exemple est une illustration de la question formulée précédemment : comment inciter, comment faire naître une demande de conseils ou de soins chez des personnes pour qui le besoin a été repéré et comment les accompagner dans leur engagement lorsque celui-ci se manifeste ? Avec cette question, les participants aux groupes de travail soulèvent de front la question de la motivation des personnes concernées à avoir recours aux dispositifs qui leur sont proposés, mais aussi en préalable au niveau de reconnaissance et d'acceptation ou de déni qu'ils peuvent avoir de leur propre

situation. La reconnaissance du problème est nécessaire à toute action. Tant que les individus n'ont pas conscience du problème, rien ne peut être fait. Mais cette reconnaissance ne doit pas être laissée à la seule charge de l'individu consommateur. Ce serait une politique attentiste qui ne produit pas d'effets. Toute la question est de savoir comment accompagner les individus concernés dans cette prise de conscience ?

L'évocation de la motivation des usagers problématiques de produits addictifs à consulter un service de soutien ou à avoir recours aux soins a structuré la réflexion des groupes sur les solutions à mettre en œuvre ou à renforcer. Le recours à la coercition juridique a pu être évoqué pour permettre dans certains cas de stimuler cette motivation des toxicomanes. Le rôle de la famille est privilégié pour faire émerger et consolider la motivation individuelle d'une personne soumise à des difficultés avec les produits psychoactifs, dès lors qu'elle peut apporter un soutien positif et qu'elle exerce encore son rôle de support social.

Au frein psychologique du recours volontaire vers une offre de ce type, il faut aussi ajouter celui plus objectif de la mobilité des usagers et de leur moyen de transport, surtout dans un département comme la Meuse. Certes, comme cela a été dit, la mobilité, les distances et l'absence de moyens de locomotion ne constituent pas un frein rédhibitoire lorsqu'il s'agit de « faire la fête » ! Ce sont certainement davantage des prétextes pour masquer un manque de motivation personnelle.

Pour arriver à lever ces résistances, les professionnels sanitaires et sociaux proposent donc de privilégier une pratique où l'on va à la rencontre des usagers potentiels, sur leur lieu habituel de vie. C'est ce qui a été tenté, un moment donné, avec une équipe mobile à Ligny-en-Barrois. Mais, pour des raisons d'organisation des soins, cette équipe mobile n'est plus disponible dans l'immédiat et son remplacement semble encore en attente. Cette situation pourra par contre trouver une réponse rapide dans la mesure où les équipes mobiles spécialisées « psychiatrie – précarité » sont maintenant opérationnelles au Centre hospitalier de Fains-Veel pour les secteurs de Bar-le-Duc et de Commercy, comme l'a rappelé l'Agence Régionale de Santé.

2 - Développer des solutions de rupture et renforcer la continuité des soins

La sortie de la toxicomanie se fait selon une pluralité de trajectoires que les cliniciens connaissent bien. Elle peut prendre différentes formes : sans aide professionnelle, avec une aide ponctuelle pour lever tel ou tel obstacle particulier, un traitement résidentiel, un traitement de substitution, etc. Mais les cliniciens s'accordent pour dire que, le plus souvent, la sortie de la toxicomanie nécessite des efforts soutenus, et ce parfois pendant de longues périodes. Ils soulignent également le rôle joué par les réseaux sociaux dans une trajectoire de sortie de la toxicomanie. Ces réseaux peuvent tenir un rôle de support dans la progression vers la cessation ou la réduction significative de la consommation (c'est le cas des familles, par exemple), mais ils peuvent aussi avoir un effet négatif et entraîner vers une reprise de l'usage. L'insertion des consommateurs dépendants dans des réseaux de consommation souvent marginalisés constitue un risque élevé de maintien de l'usage problématique. C'est pourquoi le recours à des solutions de rupture pour s'extraire de la pression directe ou indirecte des réseaux de trafic ou de consommation est quelquefois nécessaire. Cela permet de « faire le ménage », comme en témoignent des toxicomanes sortis de leur dépendance.

La Meuse ne dispose pas, pour l'instant, de solutions de rupture sur son territoire. Après une phase de sevrage, le recours à un centre de postcure ou centre thérapeutique résidentiel (CTR) favorise un travail essentiellement psychothérapeutique et le traitement de la réaction dépressive qui fait suite à l'arrêt de la consommation. Ce type de réponse favorise aussi une période d'éloignement de la pratique toxicomaniaque et des réseaux antérieurs de consommation qui permet d'éviter la rechute, même si les soignants intègrent cette éventualité dans leur protocole de soins. Les équipements de ce genre les plus proches se trouvent à Foville (Moselle) où 12 places sont installées, à Gerbépal (Vosges) avec 9 places¹. Ils ont un recrutement national qui réduit de fait l'offre pour des Lorrains. En outre, tous les patients ne désirent pas aller dans ce type d'établissement. Pour d'autres, au contraire, c'est aussi un moyen pour obtenir une sortie anticipée d'une hospitalisation de sevrage.

Face à ce manque de solutions locales de rupture, la prison peut du coup être perçue comme une opportunité de mise à l'écart des réseaux et des habitudes pour les toxicomanes incarcérés, même si l'image de la détention penche plutôt du côté de la répression que de celui de la prévention ou des soins. C'est pour cela que l'idée de sevrage aux opiacés peut être quelquefois plus ou moins associée, mais de manière inappropriée, à celle de la prison dans le cas de toxicomanes.

Cela dit, une période d'enfermement pour une autre raison délictuelle peut être une opportunité à saisir pour engager un protocole thérapeutique. En effet, l'incarcération sanctionne un délit, elle n'est pas une solution à la dépendance. Elle peut néanmoins présenter des caractéristiques intéressantes sur le plan thérapeutique, notamment par un effet de mise à distance du produit psychoactif et un éloignement de fait des réseaux d'approvisionnement. C'est en ce sens que le sevrage et l'abstinence induits par l'enfermement peuvent être des expériences de vie qui peuvent être élaborées sur le plan thérapeutique. Il est donc logique que les traitements proposés soient à la mesure de cette opportunité de réflexion et de tremplin pour un changement dans le parcours de vie des usagers².

L'expérience auprès de détenus toxicomanes en maison d'arrêt montre que la plupart d'entre eux acceptent bien l'état contraint de sevrage et déclarent en apprécier les résultats. Ils restent sevrés lorsqu'ils sont ensuite transférés au centre de détention de Montmédy. Pour autant, on ne peut pas comparer cette situation avec le fonctionnement et l'impact d'un centre de postcure pour toxicomanes.

Le sevrage correspond d'abord à un soin avec un accompagnement médical. L'hypothèse de l'incarcération comme opportunité de sevrage conduit donc à poser la question de la préparation à la sortie de prison pour les toxicomanes. De manière plus générale, cela pose le problème de la continuité des soins après le passage dans un établissement. Le Centre éducatif fermé de Thierville-sur-Meuse compte 8 sevrages, dont 5 pour de jeunes meusiens, pour les quatre dernières années. Le protocole mis en place pour ces jeunes de 16 à 18 ans permet un suivi rigoureux pendant le temps de leur présence dans l'institution. Mais, à leur sortie, une fois la majorité atteinte, le risque de rechute est important avec des conséquences d'incarcération possible. Les éducateurs du CEF le ressentent difficilement, car ils ont alors l'impression d'avoir échoué dans leur mission. Les éducateurs de la prévention spécialisée soulignent également combien le retour d'un CEF/CER d'un jeune majeur sur leur quartier d'intervention nécessite un travail plus intense de leur part. Car le jeune concerné peut

¹ CTR de Foville (CSAPA Les Wads, CMSEA), CTR Le Haut des Frêts à Gerbépal. On peut y ajouter le Centre sanitaire de moyen-séjour du CAST (Centre d'accueil et de soins pour toxicomanes) de Reims (10 places).

² Cf. Ritter Catherine, « L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés : un champ d'application pour la politique drogue », *Dépendances*, septembre 2008, n° 35, pp. 7 - 9

être tenté de retrouver les réseaux de trafic et de consommation auxquels il était habitué et ainsi recommencer à dealer sur le quartier.

La recherche de la continuité des soins dans le parcours toxicomaniaque d'une personne semble donc fondamentale. L'approche actuelle est encore trop segmentée verticalement à partir des prises en charge institutionnelles, alors qu'il serait souhaitable que celles-ci se coordonnent davantage horizontalement tout au long de la trajectoire d'une personne.

La continuité des soins prend une importance particulière pour les sortants de prison ou de centres fermés. Un accord existe sur la nécessité d'unités d'hébergement collectif de petite capacité qui constituent un lieu d'accueil immédiat à la sortie, sans temps de latence entre le jour de la sortie et le jour de l'accueil, permettant l'accompagnement et la mise en place de relais médico-sociaux et d'insertion. Mais, comme on l'a vu précédemment pour les solutions de rupture, ces unités n'existent pas en Meuse. Des expériences de placement familial pourraient être tentées sur le modèle de ce que propose le CMSEA avec des unités familiales installées à Luzech (Lot, Midi-Pyrénées).

De manière générale, et sans cibler plus particulièrement les sortants d'un établissement d'enfermement, pour qu'une telle continuité des soins puisse être renforcée, encore faut-il qu'il y ait une couverture territoriale des équipes médicales et sociales au plus proche des populations. Les équipes mobiles¹ permettent d'assurer cette continuité dès lors que la coordination avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux est assurée. Mais il faut aussi que les stratégies de prise en charge soient définies et conduites, en termes de santé publique, dans des conditions comparables d'un territoire meusien à l'autre pour éviter les discontinuités ou des politiques locales divergentes voire antagonistes.

3 - Une offre en prévention primaire jugée « sous-dimensionnée »

Les réponses en termes de solutions de rupture avec un milieu ou des réseaux sociaux à risque et d'une organisation renforcée de la continuité des soins, évoquées et débattues par les deux groupes de travail, relèvent du Schéma médico-social régional d'addictologie. Les outils de concertation mis en place par l'Agence Régionale de Santé permettront donc d'approfondir ces aspects. C'est pourquoi les groupes de travail réunis pour ce diagnostic ont davantage insisté sur le fonctionnement de la prévention dans un département rural comme la Meuse.

Faire le deuil du CODES ?

Il y a unanimité pour constater que l'offre d'actions de prévention est aujourd'hui non seulement sous-dimensionnée en Meuse, mais largement affectée et déstabilisée par **la disparition du CODES** (Comité départemental d'éducation à la santé). Certes des actions emblématiques de prévention sont menées, mais elles sont ponctuelles ou portent sur la création d'outils. C'est le cas avec le film

¹ La Meuse compte deux équipes mobiles de pédopsychiatrie : une pour le Nord Meusien et une pour le Sud Meusien. La première est adossée au Centre hospitalier de Verdun et à la Maison des adolescents. La seconde au Centre hospitalier de Bar-le-Duc. Pour les adultes, l'Équipe Mobile de psychiatrie (EMP) pour les personnes en précarité est mise en œuvre par le Centre Hospitalier Spécialisé de Fains-Veel.

vidéo (50 minutes) réalisé¹ à partir de témoignages de jeunes adultes ayant été confrontés à la toxicomanie, « *La mort à tes trouses ! Histoires stupéfiantes ...* » qui a été plusieurs fois cité comme support pédagogique de qualité pour mettre en garde les jeunes contre les dégâts liés à la consommation d'héroïne.

L'offre meusienne en actions de prévention se trouve donc aujourd'hui particulièrement affectée par la disparition du Comité départemental d'éducation à la santé (CODES). Il mettait en œuvre non seulement une méthodologie, mais aussi des actions qui répondaient aux besoins et satisfaisaient ses partenaires. Aujourd'hui, les actions départementales ont été centralisées à l'échelon régional avec la constitution de l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé). Mais cette restructuration ne satisfait que le soutien méthodologique, effectivement proposé par l'IREPS qui n'intervient pas directement comme organisateur d'actions de prévention sur le terrain. Cette évolution a perturbé le paysage local de la prévention des addictions, avec moins de lisibilité et de visibilité que par le passé. Certes l'ANPAA a pris partiellement le relais. Mais, c'est une structure davantage spécialisée sur les questions d'alcoolisation excessive. Il y a donc un manque, au moins pour l'instant², dans le domaine des actions de terrain visant la promotion et la valorisation des compétences psychosociales (estime de soi, savoir gérer ses émotions, avoir une pensée créative et critique permettant de faire des choix, à réfléchir sur les notions de plaisir et de risques, etc.). Les groupes de travail n'ont pas abordé la question de l'efficacité de l'approche permettant le développement des compétences et visant à augmenter l'estime de soi des adolescents. Cette orientation a toujours été présentée de manière implicite comme d'une évidente nécessité. Après coup, on peut regretter que l'animation des groupes n'ait pas polarisé un instant des débats sur un choix qui paraît aussi avéré. Car la littérature scientifique sur cette question est beaucoup plus nuancée. Différents auteurs doutent, en effet, des liens entre le développement des compétences ou l'estime de soi et les situations où la consommation d'alcool ou de drogues serait impliquée³. Le débat sur ce sujet reste donc ouvert. Ce qui est en cause dans cette question, ce n'est pas tellement le lien entre un déficit d'estime de soi et la consommation possible de drogues, mais le rapport entre des actions ponctuelles visant à augmenter l'estime de soi et la réduction d'une consommation déjà amorcée ou installée.

Il est vrai que différents travaux ont noté que la dépendance de jeunes à la drogue était fortement corrélée avec une mauvaise estime de soi. La question posée précédemment ne se situe pas à ce niveau de constat. Elle interroge l'efficacité des actions de prévention misant sur le renforcement de l'estime de soi dès lors que ces activités sont ponctuelles et temporaires. Autrement dit, la valorisation de l'estime de soi est reconnue comme une valeur de base de toute intervention éducative menée sur le long terme. Mais il est peut-être illusoire de croire que des initiatives ponctuelles en ce sens aient un effet décisif. Pour autant, et même si on accorde quelque crédit à ce

¹ Ce film a été réalisé récemment dans le cadre d'un partenariat entre l'Inspection académique, les parquets du TGI de Bar-le-Duc et du TGI de Verdun, la MILDT et la Préfecture de la Meuse, avec le soutien technique du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA Centr'aid) et l'implication d'élèves de Bar-le-Duc et de Verdun.

² Depuis que ce travail est terminé, l'IREPS s'est engagé à accompagner les activités de prévention, notamment en matière de soutien méthodologique, développé auparavant par le CODES.

³ Paglia, A. et Room, R. (1999). « Preventing substance use problems among youth : A literature review and recommendations ». *The Journal of Primary Prevention*. 20 (1), p. 3-46. Cet article est téléchargeable à l'adresse suivante : http://desleutel.be/files/prevention_recomendations_and_review_paglia_room.pdf
Springer, J.F., et collaborateurs (2004). « Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth ». *The Journal of Primary Prevention*. 25 (2), p. 171-194.

doute, le développement de l'estime de soi peut constituer un critère d'appréciation de la mise en œuvre des projets, sans pour autant être un objectif d'une action forcément limitée dans le temps.

L'apport de la prévention spécialisée

Une action auprès des adolescents et des jeunes est menée par l'Association Meusienne de prévention (AMP). Mais là on est davantage sur le registre de la prévention spécialisée fondée sur les principes de l'adhésion volontaire des jeunes (pas de contrainte), de leur anonymat et d'une mission globale de prévention des inadaptations sociales en agissant sur les dynamiques locales, en dehors de tout mandat nominatif (administratif ou judiciaire). À ce titre, l'AMP intervient dans les quartiers classés en Zone urbaine sensible (ZUS). Pour les problèmes d'addictions, un partenariat a été développé avec Centr'aid. Les intervenants du CSAPA se déplacent et viennent dans les locaux de l'équipe de prévention spécialisée, ce qui met les jeunes concernés en situation de confiance, surtout que les entretiens de ce type sont préparés en amont avec les éducateurs spécialisés.

Une telle démarche, à la fois sociale et médico-sociale, permet d'avoir une approche globale de la situation des jeunes concernés, sans se limiter à un abord centré sur un produit et sa consommation, et de coordonner des interventions complémentaires. Car le problème de fond porte souvent sur les difficultés rencontrées par les jeunes dans leur trajectoire d'insertion sociale faite de ruptures. Un grand nombre de jeunes quittent tôt le système scolaire. Sur un territoire, beaucoup de ces jeunes ne sont ancrés nulle part du point de vue social, ils ne sont pas ou peu connus des institutions qui pourraient les soutenir et les conseiller. Un tiers des jeunes inscrits à la Mission Locale de Verdun correspondent peu ou prou à ce profil. Ils sont « dans la nature » et ont tendance à s'isoler, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux opportunités de consommation de produits psychotropes.

C'est pourquoi l'AMP propose des chantiers d'insertion pour jeunes financés par le fonds interministériel de prévention de la délinquance. Le personnel de l'association n'est pas spécialisé pour gérer les cas de décrochage liés à une consommation de produits stupéfiants. Dans ce cas, c'est Centr'aid qui prend le relais dans le cadre d'une convention passée entre le CSAPA et l'AMP.

Le rôle informatif de la police et de la gendarmerie

En matière d'information, l'offre de prévention comprend également deux Formateurs relais antidrogue (FRAD) de la gendarmerie et des Policiers formateurs anti-drogue (PFAD). Mais ils sont peu nombreux et ont du mal à répondre à toutes les demandes d'intervention. Dans le Nord-Meusien, le FRAD privilégie les classes de 3^{ème} et de 4^{ème} pour limiter les sollicitations. Il organise entre 30 et 40 interventions en moyenne par an, assez souvent sur son temps libre (« les trois-quarts»). Une des difficultés rencontrées par le Formateur relais antidrogue porte sur la disponibilité de documents d'information à remettre aux élèves. Le CODES 55 assurait régulièrement la diffusion de ces outils auprès des intervenants, par le passé. La Mission Locale assure aujourd'hui un accès gratuit à la documentation en éducation de la santé telle que des outils de diffusion publiés par l'INPES (brochures, dépliants, affiches), des outils d'intervention (mallettes pédagogiques, jeux, vidéos) et des outils méthodologiques. Mais il peut y avoir des ruptures de stock pour les documentations de base et, dans ce cas, le formateur doit en priver les élèves.

Le développement des séquences d'information proposées par la police et la gendarmerie est soumis à la contradiction suivante : d'un côté les besoins et les demandes sont en accroissement, mais d'un autre côté les moyens sont de plus en plus limités. Ce constat amène la question suivante : jusqu'à quand les FRAD et les PFAD pourront-ils encore intervenir ? Il était question de créer une Brigade de

prévention de la délinquance juvénile à Bar-le-Duc, mais il semble que la réalisation de ce projet soit reportée, si elle n'est pas abandonnée, pour des raisons de moyens disponibles.

La fonction des établissements scolaires dans la prévention

Si l'offre de structures spécialisées en prévention est apparue comme sous-dimensionnée, les participants ont insisté pour souligner que les établissements scolaires, notamment les collèges, constituent le maillage le plus pertinent d'un territoire rural pour être le support de la prévention en direction des jeunes¹. Encore faut-il que les moyens qui y sont développés au titre de la prévention des addictions soient en adéquation avec les besoins estimés. Or la santé scolaire rencontre des difficultés pour le recrutement de ses personnels de santé, tant au niveau national que régional ou départemental². La Meuse est également concernée par cet aspect, surtout pour ce qui concerne les médecins scolaires, alors que les postes d'infirmières sont pourvus. Cette difficulté ne freine pas pour autant les initiatives d'actions de prévention prises dans le cadre des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) qui sont des instances de réflexion, d'observation, de concertation et de proposition.

La mise en place des CESC est une priorité de l'inspection académique. Leur réalisation effective dépend principalement de la volonté des chefs d'établissement. Là où ils existent, les CESC sont généralement portés par les infirmières, mais quelquefois aussi par les enseignants de SVT (Sciences de la Vie et de la Terre) ou des conseillers principaux d'éducation.

Dans le Sud-Meusien, pour prendre un exemple, les infirmières scolaires sont réparties sur 14 établissements (collèges ou lycées) qui regroupent 6 200 élèves. Un récent inventaire des actions de prévention des comportements addictifs montre que deux de ces établissements n'ont encore engagé aucune action, sept mènent des projets sur le thème de l'alcool et deux abordent à la fois l'alcool et les drogues illicites. Au total, et au cours de l'année, 2 100 élèves ont bénéficié d'une action de prévention. Une marge de progression est donc possible et reste à envisager. Une diversification des animateurs de CESC, toujours présidés par le chef d'établissement, pourrait être envisagée.

Impliquer davantage les adultes (parents, enseignants) dans la prévention

Les participants aux groupes de travail ont rappelé que les initiatives de prévention des addictions en milieu scolaire ne doivent pas se limiter aux seuls élèves mais aussi s'étendre aux parents et aux enseignants. Une information appropriée sur les produits addictifs dispensée aux adultes, qu'ils soient parents, enseignants ou personnels techniques des collèges et lycées, permet de démultiplier les actions de prévention dès lors que cette information est intégrée sans diabolisation dans leurs pratiques quotidiennes. La plupart des parents ignorent tout sur les consommations de drogue. Ils ont besoin de points de repère, depuis les produits disponibles jusqu'aux modalités de

¹ L'article L312-18 du code de l'éducation dispose qu'une "information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène". Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), l'École comme un acteur de premier plan dans la politique de prévention des conduites addictives.

² En 2009, sur les 49 postes offerts pour le recrutement des médecins de l'éducation nationale, 26 seulement ont été pourvus. En 2008, pour 100 postes offerts, 54 ont été recrutés. Le taux de postes pourvus est supérieur pour les postes d'infirmiers : 525 pourvus pour 700 offerts (75 %). (Source : Avis sur l'enseignement scolaire présenté à l'Assemblée nationale, 14 octobre 2010).

consommation, pour leur permettre d'abord de déceler les éventuels comportements addictifs de leurs enfants.

Ces principes une fois rappelés sur le rôle des adultes dans la prévention des addictions, il faut reconnaître que les modalités d'action ne sont pas évidentes à imaginer. Des exemples d'action de soutien à la parentalité ont été évoqués ... pour rappeler que ces initiatives n'ont pas connu le succès d'audience escompté auprès des parents. Des cas plus encourageants sont aussi présentés, comme l'action d'information menée à Stenay qui a réuni une centaine de parents.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer le fait que les professeurs des écoles et des collègues peuvent se montrer réfractaires à la demande implicite qui leur est formulée sur le champ de la prévention, car ils ne se définissent pas comme éducateurs mais comme enseignants. Pourtant leur implication devient souhaitable, non seulement parce que les établissements scolaires peuvent connaître une restriction du temps disponible des personnels de santé scolaire, mais aussi parce qu'il est important de ne pas médicaliser la prévention des addictions auprès du public.

Si le maillage des établissements scolaires constitue un levier privilégié de la prévention des addictions chez les jeunes en milieu rural, il ne faut pas oublier les adolescents qui sont difficiles à joindre par l'école ou ceux qui ne la fréquentent plus. Comme c'est le cas avec les jeunes décrocheurs déjà évoqués puisqu'ils constituent une catégorie plus à risque de développer des comportements addictifs.

En résumé, la prévention organisée en Meuse est principalement ciblée sur les jeunes et s'appuie sur différents axes d'intervention. Elle vise d'abord à améliorer l'accès à une information de qualité sur les effets des psychotropes. Elle a aussi pour but d'améliorer des compétences personnelles ou des ressources environnementales de la population jeune sans sélection préalable. Elle peut aussi proposer des mesures ciblées qui s'adressent à un sous-groupe d'individus qui ont plus de probabilités que la population en général de développer un problème particulier en raison de la présence de facteurs de risque. Enfin, par l'action des instances de répression, elle tente de réduire la disponibilité des psychotropes sur le marché en application de la loi.

4 - La difficile mise en œuvre de la prévention

Le modèle psychosocial de compréhension et d'analyse des comportements addictifs qui prévaut au sein des professionnels réunis pour ce diagnostic montre que la prévention des consommations et de la toxicomanie est difficile à atteindre parce que le problème est déterminé par de multiples facteurs. Aucune action ne peut à elle seule s'attaquer à l'ensemble des facteurs de risque et de protection qui lui sont associés. C'est dire – et c'est là un enjeu reconnu par les participants – que face à une telle problématique multifactorielle et complexe, la prévention ne peut être efficace qu'au prix de la collaboration, de la complémentarité et de la concertation des différents services et professionnels concernés. Dans cette perspective, ce n'est pas seulement la pertinence d'une action en elle-même qu'il faut considérer mais aussi son inscription dans un programme territorial et son articulation aux autres actions envisagées. En somme, aucun objectif en particulier, aucune stratégie pédagogique ou aucun message ne permettrait à lui seul d'entraîner des changements positifs sur la consommation de psychotropes des jeunes. Et dans la mesure où un accord s'est manifesté pour reconnaître que les changements de comportements s'opèrent sur une longue période de temps, on peut en déduire

que ce sont les programmes de longue durée qui sont considérés comme plus efficaces que les actions ponctuelles dès lors qu'il s'agit d'intervenir lorsqu'il y a déjà consommation abusive de produits addictifs.

Une coordination départementale proposée par le Réseau d'addictologie meusien

Une coordination des professionnels intervenant sur le champ des addictions est organisée par le Réseau d'addictologie meusien (RESAM). C'est une association qui rassemble les intervenants dans une optique pluridisciplinaire. Elle a pour but « *d'optimiser la prévention, le dépistage, les soins, l'accompagnement et le suivi médico-psychosocial de toute personne présentant une conduite addictive* ». Son intervention porte surtout sur le partage de connaissances, l'échange de pratiques et l'élaboration d'un référentiel. Le RESAM a engagé un inventaire des actions de prévention avec pour objectif de capitaliser les actions engagées et, ensuite, de décrire celles qui sont de qualité (les bonnes pratiques) et ainsi de faciliter leur transfert et leur mise en œuvre par d'autres. Le réseau organise régulièrement des journées de rencontre et de formation. Il a aussi pour objectif de conseiller les intervenants dans leur action auprès des usagers.

L'activité de RESAM, si elle est davantage valorisée auprès des acteurs et des financeurs, permet de renforcer la cohérence entre les interventions meusiennes. Mais ses objectifs ne permettent pas de conduire une coordination des acteurs locaux à un échelon territorial fin autour d'un projet commun. Ce type de coordination communautaire ne semble pas encore être très développé en Meuse.

L'approche territoriale à développer

L'initiative du Centre Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CISPD)¹ du Centre Ornain a été souvent présentée en exemple, mais c'est apparemment le seul de ce type. Ce CISPD réunit chaque mois les acteurs locaux concernés par les thématiques de cette instance de concertation sur le territoire concerné. Comme l'indique son intitulé, sa mission est beaucoup plus généraliste que la spécialisation sur les comportements addictifs. Une commission spécialisée sur la prévention des addictions a donc été instituée au sein du CISPD. Elle se réunit également chaque mois. Son but est de faciliter les échanges entre les professionnels de terrain, de dresser un diagnostic local, de mieux connaître les personnes ressources au niveau local, de repérer les problématiques émergentes et de proposer des actions collectives pour la population de l'intercommunalité dans le cadre d'un projet territorial. La commission de prévention des addictions organise également des actions plus ponctuelles comme la soirée festive sans alcool pour les jeunes ou la journée intitulée « Élixir de Printemps ».

¹ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance : « Art. L. 5211-59. - Lorsqu'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre exerce la compétence relative aux dispositifs locaux de prévention de la délinquance, son président anime et coordonne, sous réserve du pouvoir de police des maires des communes membres, les actions qui concourent à l'exercice de cette compétence. Sauf opposition d'une ou plusieurs communes représentant au moins la moitié de la population totale concernée, le président de l'établissement public ou un vice-président désigné dans les conditions prévues à l'article L. 5211-9 préside un conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance mis en place dans des conditions fixées par décret.

« Le conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance peut constituer en son sein un ou plusieurs groupes de travail et d'échange d'informations à vocation territoriale ou thématique. Les faits et informations à caractère confidentiel échangés dans le cadre de ces groupes de travail ne peuvent être communiqués à des tiers. »

Un Centre Intercommunal de Prévention de la Délinquance existe depuis 2009 sur le ressort géographique de la circonscription de police de Verdun. Un autre a été mis en place à Étain. Mais, dans les deux cas, la prévention des addictions ne semble pas être à l'ordre du jour et il semble difficile de faire progresser la question de la drogue sur les agendas locaux. Ce constat peut être étendu aux autres intercommunalités meusiennes. Il y a là, peut-être, un défaut d'information et de sensibilisation des élus locaux à l'importance de la question des addictions et de leur impact au niveau social et individuel à l'échelon de leur territoire. Encore que cette affirmation doit être nuancée dans le sens où des élus connaissent pertinemment l'importance du problème, mais ils se sentent démunis par rapport aux réponses concrètes qu'ils pourraient apporter.

La question de la reconnaissance d'un problème de consommation de produits addictifs à un niveau territorial est de nature similaire à celle de la reconnaissance individuelle formulée précédemment. Si c'est le cas, la population locale et d'abord ses élus doivent reconnaître qu'ils vivent sur leur territoire un problème de consommation, puis, dans une démarche d'amélioration de la situation, ils ont à être partie prenante du processus sans laisser des associations ou des organismes locaux agir seuls. Le reconnaître, c'est en parler. Et souvent la mise en mots d'une situation ressentie mais peu exprimée est déjà une première étape de la solution.

Il se peut aussi que le modèle implicite ou explicite de compréhension des addictions par les élus ne soit pas toujours en adéquation avec l'approche psychosociale préconisée par les professionnels du champ de la prévention des addictions. Car la prévention de la consommation de drogues, mais aussi la prévention de la délinquance, peut faire l'objet d'enjeux politiques et partisans forts et d'antagonismes tout aussi élevés.

En Meuse, comme ailleurs, l'intercommunalité s'est surtout construite autour de compétences matérielles sans véritable enjeu partisan (développement et aménagement, gestion des grands réseaux de voirie, d'eau, d'assainissement, etc.) Elle peine à se saisir de la prévention de la délinquance et encore plus de la prévention des consommations de drogue et de la toxicomanie. Cela peut s'expliquer par le fait que le concept même de prévention, surtout dans le champ de la toxicomanie, peut encore susciter incompréhension, malentendus et divergences de points de vue. Encore que la généralisation de ce constat n'est pas de mise. Des travailleurs sociaux ont, par exemple, souligné qu'ils préféreraient aborder la question avec les élus en insistant sur la prévention plutôt que sur la délinquance. Ils estiment que cette clé d'entrée dans le débat est plus positive et donne des arguments de conviction plus pertinents. Enfin, la réticence à la prévention peut aussi s'expliquer par une forme de culture politico-administrative qui privilégie les résultats quantitatifs immédiats, comme une baisse annuelle de la consommation de drogues illicites alors qu'un tel effet se mesure à plus long terme.

L'intérêt de placer le débat local sur les drogues au sein d'un CISPD réside dans la complémentarité des approches car c'est l'instance où peuvent être abordés à la fois la lutte contre le trafic et le rappel à la loi, pour le volet délinquance, et les démarches de prévention.

Un autre frein à cette approche communautaire dans le cadre d'un CISPD a été évoqué par des participants au diagnostic. Il s'agit de la résistance de certains élus locaux pour qui l'incitation du législateur et de l'État à développer ces instances masquerait une volonté de réduire le nombre des gendarmeries. Ce frein peut facilement être levé s'il est réel, notamment par une meilleure explication des finalités d'un CISPD.

Que ce soit dans le cadre d'un Établissement public de coopération intercommunale ou sur la base d'une simple entente informelle ou conventionnelle entre les communes, une instance territoriale de type CISPD, sur un périmètre pertinent et bien défini, permet de construire des stratégies cohérentes sur un espace territorial élargi en misant sur des interlocuteurs professionnels locaux qui connaissent bien le territoire et qui par leur diversité peuvent ensemble aborder la complexité des addictions. Cette approche communautaire, si elle se développe, permet aussi aux communes concernées de se doter d'un outil commun en mutualisant les moyens. Chaque petite commune ne dispose généralement pas de moyens suffisants pour envisager à elle seule une politique concertée de prévention. Il n'est pas certain pour autant que tous les CISPD disposent du budget nécessaire pour le fonctionnement d'une équipe technique dédiée à la prévention des addictions. Celui du Centre Ornain a l'avantage de pouvoir s'appuyer sur le personnel technique du Centre intercommunal d'action sociale. Mais ailleurs, dans les regroupements de communes plus petites, il n'y a pas ou peu de techniciens susceptibles d'être mandatés pour animer le dispositif. Dans certains cas, on pourrait s'appuyer sur le Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). Mais les différents découpages territoriaux ne se superposent pas toujours pour permettre la pertinence d'une action à un échelon local ou intercommunal.

S'il s'agit d'un CISPD établi sur la base de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, l'approche communautaire permet d'institutionnaliser les partenariats locaux pour leur donner pérennité et densité. Cette possibilité n'est pas de mise dans le cas d'une coopération plus informelle ou conventionnelle. Il n'en demeure pas moins que cette option peut constituer une étape intéressante sur la voie de la mise en place d'une politique locale de prévention de la délinquance qui exige progressivité et confiance entre les acteurs. Elle permet aux élus et agents locaux de prendre des habitudes à travailler ensemble et à partager des cultures professionnelles.

Dans les deux cas, l'approche communautaire présente l'avantage d'avoir une approche globale sur un territoire restreint avec une possibilité de suivre les actions engagées. Encore faut-il que la prévention des addictions soit à l'ordre du jour et ne se limite pas à la délinquance liée au trafic de produits illicites.

Une culture commune à définir par territoire

L'approche communautaire est souvent avancée comme une réponse intéressante à la problématique des addictions car elle permet la construction d'une culture commune entre les différents acteurs. C'est un argument que nous avons évoqué nous-mêmes en présentant la méthodologie du diagnostic proposé en insistant sur le fait qu'une meilleure coordination des actions peut procéder de l'adhésion de ses multiples acteurs à une vision partagée du problème visé. Mais il ne faudrait pas que cette évocation d'une culture commune soit empreinte d'angélisme. Certes, dans les deux groupes de travail de ce diagnostic, des consensus importants ont pu être dégagés entre les différents acteurs. Mais il ne faut pas oublier qu'ils étaient alors en situation plutôt théorique qui favorise l'expression de tels accords. En situation réelle, c'est-à-dire confrontée à des faits précis, localisés et impliquant des institutions aux stratégies différentes, le consensus est quelquefois plus difficile à trouver. Car, dans ce cas, il est plus difficile d'engager des acteurs sur un accord unanime dans la mesure où ils agissent en fonction de registres et d'enjeux d'autonomes et disposent de leurs propres financements. Les enjeux de la répression et du contrôle à un moment donné ne sont pas toujours totalement conciliables avec ceux de la prévention universelle. Un tel rappel ne vaut pas critique des recherches de consensus locaux. Il ne vise pas à récuser, mais à mettre en perspective

l'importance de l'existence de conceptions partagées dans le pilotage, la coordination et la pérennisation d'une politique qui vise à la fois à limiter l'offre et la consommation de drogue et à en prévenir l'usage. L'absence de consensus complet n'est pas un frein en soi à l'action. Ce rappel permet néanmoins d'introduire dans le débat la question de la régulation de chacune de ces approches territoriales : qui en a la charge, la légitimité et les compétences pour assurer une gestion stratégique des tensions éventuelles avec prise en compte des conceptions et intérêts mutuels.

Si les groupes de travail ont montré leur préférence pour privilégier l'approche communautaire, le débat sur l'importance à donner soit à la prévention en population générale, soit à des actions ciblées sur un public spécifique, n'a pas été tranchée. Dans les faits, un consensus implicite s'est dégagé pour trouver un juste équilibre entre les deux orientations selon les besoins repérés par les territoires. À trop cibler des publics particuliers, on passe à côté des besoins en population générale. Mais il faut reconnaître que les actions différenciées en fonction des sous-groupes de consommateurs sont souvent plus efficaces, en termes de résultats, que des programmes universels, avec cependant un risque de stigmatisation. En outre, comme l'a rappelé un participant, il ne faut pas oublier que les objectifs visant les compétences psychosociales en population générale devraient être partagés en permanence par toute action éducative lorsqu'il s'agit de jeunes.

5 - Avantages et difficultés de la prévention en milieu rural

L'aspect rural de la Meuse présente un avantage pour le développement d'approches communautaires et pour une mise en cohérence des actions de prévention à l'échelon départemental : les professionnels des différents segments de la prévention des addictions et des actions de soins se connaissent facilement et développent depuis longtemps des habitudes de travail en commun. Le travail en réseau avec un partenariat actif et plus intensif qu'ailleurs caractérise, en effet, le département, surtout si on le compare avec des territoires fortement urbanisés. Mais la ruralité du département présente aussi des inconvénients que la bonne interconnaissance des acteurs ne suffit pas à compenser. Les témoignages des participants aux groupes de travail sont nombreux sur ce sujet. On peut les résumer comme suit :

- Les organismes et les professionnels impliqués dans des actions publiques sont moins nombreux que dans les départements à fortes concentrations urbaines. Si on prend l'exemple des médecins scolaires de l'Éducation Nationale, force est de constater que leur nombre n'est pas suffisant pour pouvoir s'impliquer dans tous les CESC, surtout qu'ils ont une mission de santé plus généraliste et non pas spécialisée sur les seules addictions.

Le modèle psychosocial de la compréhension des comportements addictifs, en invitant à prendre en compte la diversité des facteurs explicatifs, peut aussi conduire à une surcharge de travail dès lors que plusieurs instances de type vertical sont chargées d'aborder chacun de ces aspects. Les commissions de travail peuvent alors se multiplier : logement des jeunes, accès à l'emploi, prévention de la délinquance, accès aux soins, etc. Sans compter celles qui éventuellement portent sur un public spécifique, celles qui visent à coordonner toutes les autres et celles qui sont réunies dans le cadre d'un dispositif spécifique (politique de la ville, action sociale du conseil général, politique de santé avec l'ARS, etc.). La description est certainement exagérée, mais elle

traduit une difficulté certaine pour un territoire où le nombre de professionnels est forcément restreint et proportionnel à la densité démographique.

- La répartition de la population sur de nombreuses communes entraîne des difficultés de déplacement pour les professionnels qui amputent leur temps de travail passé auprès de la population.

- Les répartitions territoriales des dotations nationales des financements publics ne tiennent pas suffisamment compte de la spécificité des départements ruraux. Ce sont trop souvent les seuls critères quantitatifs démographiques qui dominent. Et, même si les initiatives locales existent, elles ne trouvent pas les possibilités financières à la hauteur de leur projet. Ainsi, par exemple, la dotation financière de la MILDT est de 58 000 euros en 2011 pour la Meuse, mais les demandes de financement enregistrées s'élèvent à 130 000 euros.

En 2011, la dotation nationale MILDT déléguée à l'ensemble des chefs de projets départementaux s'élève aux alentours de 12 millions d'euros. La répartition départementale est opérée en fonction de critères ressortant du contexte (la population jeune dans le département, la prévalence des consommations de cannabis, de tabac, d'alcool et d'autres drogues). En 2011, la dotation meusienne correspond à 0,86 euro par personne de 15 à 39 ans. Elle est de 0,40 euro en Moselle, de 0,53 dans le Nord, de 0,87 dans le Pas-de-Calais, toujours en la rapportant au nombre de 15-39 ans (France métropolitaine : 0,60 euro). Considérée sous l'angle de ces ratios quantitatifs, la dotation meusienne peut apparaître proportionnellement plus élevée qu'ailleurs. Elle reste néanmoins faible car calculée au prorata du poids démographique de la Meuse dans l'ensemble national.

Cette question en entraîne une autre qui interroge les politiques publiques nationales. On sait pertinemment aujourd'hui que le problème de la consommation de drogues illicites n'est pas ou n'est plus spécifique aux zones fortement urbanisées. Il se développe aussi en milieu rural. Mais une fois que le constat est dressé, les priorités nationales oublient les spécificités de l'action en milieu rural. La lecture de l'annexe au projet de loi de finances pour 2011 est illustratif à cet égard. Le document de politique transversale (DPT¹) consacré à la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies présente, sur près de 80 pages, la stratégie nationale dans ce domaine et un bilan de l'année précédente. Or à aucun moment le moindre paragraphe n'est consacré à la stratégie mise en place en milieu rural, si ce n'est l'action engagée dans les établissements d'enseignement agricole. Par contre des développements sont consacrés aux actions menées dans le cadre des dispositifs de la ville et des zones urbaines sensibles.

- L'offre de proximité dans le domaine sanitaire est rendue possible grâce, entre autres, à la pérennité du financement des équipements et services. Mais celle-ci n'est pas de mise pour les actions de prévention au financement toujours incertain et sur le modèle des appels à projets annuels. La disparition du CODES 55 qui bénéficiait d'une permanence de son fonctionnement a aggravé cette situation. En milieu rural, l'échelon opérationnel principal fait donc défaut pour les actions de prévention.

La logique de financement par appels à projets est censée privilégier les actions innovantes. Mais dans le domaine des addictions, surtout lorsqu'il y a une dimension d'accompagnement vers des soins, il faut se situer dans la durée. La prévention qui mise sur la valorisation des compétences psycho-sociales nécessite également de la persistance dans l'action éducative. L'innovation ne

¹ Sur le site www.performance-publique.budget.gouv.fr

favorise pas la pérennité des actions. Cela d'autant plus que la référence à l'innovation est ambiguë : la même action de fond renouvelée chaque année est innovante dans la mesure où elle s'adresse à chaque fois à une nouvelle génération de jeunes. C'est donc innovant pour eux, même si le projet est en lui-même la reconduction d'une action déjà éprouvée.

- Le cadre administratif actuel des demandes de subvention pour les actions de prévention n'est pas toujours adapté à la spécificité des interventions en milieu rural. Un exemple illustre ce constat. Les dossiers standardisés de demande de subvention (dossiers de type Cerfa) prévoient la déclinaison des objectifs de l'action avec leur traduction en indicateurs quantitatifs de résultats attendus. Le même critère sert pour l'évaluation. Or le projet touchera forcément moins de personnes en milieu rural qu'en milieu urbain, avec des charges de fonctionnement qui seront les mêmes, si elles ne sont pas plus élevées en raison des déplacements nécessaires. La logique des indicateurs de résultat et de l'optimisation des moyens, aussi pertinente soit-elle dans l'absolu, pénalise les actions réalisées dans les territoires à faible densité démographique et surévalue le coût par personne concernée. D'autres critères d'évaluation devraient être préconisés pour le milieu rural. Car que vise-t-on ? Un impact sur un territoire donné et sa dynamique ou des résultats quantitatifs mesurés individuellement ?

Une approche des demandes de subvention et d'évaluation des actions misant davantage sur le qualitatif que sur le quantitatif est certainement plus facile dans un département rural où l'interconnaissance des acteurs est plus facilement de mise qu'en milieu urbain. Dans ce cadre où les professionnels se connaissent et ont une visibilité immédiate des actions engagées, la définition préalable de critères qualitatifs d'appréciation permet d'avoir un regard plus juste sur l'évaluation des projets et de ses résultats. C'est le cas, par exemple, dans le dernier appel à projets mis en place par l'ARS où le critère de la proximité a permis de préférer une action proposée par un centre social au lieu de projets très techniques et bien argumentés proposés par des organismes extérieurs au territoire.

- La temporalité administrative de l'attribution des subventions n'est pas toujours bien calée sur celle de l'action et du montage de projet. C'est le cas, par exemple, d'un projet d'intervention en milieu festif pour prévenir ou réduire les risques liés aux consommations de produits addictifs. La fin de la procédure normale de demande de subvention s'est située bien après l'organisation de la fête. L'association promotrice de l'action a donc dû prendre le risque d'anticiper la décision de versement de l'aide financière sollicitée. Or les événements festifs, et donc les interventions de prévention qui peuvent les accompagner, ne sont pas toujours connus suffisamment tôt pour pouvoir les programmer longtemps à l'avance.

- L'absence de coordination entre les différents financeurs publics potentiels est aussi un autre inconvénient dont les effets sont souvent démultipliés en milieu rural. Il y a quelques années, un guichet unique d'analyse des demandes et de répartition des subventions avait été mis en place, avec un dossier unique par projet. Mais cela n'a fonctionné que peu de temps. Aujourd'hui, une crainte de (re)cloisonnement des financements existe. Les calendriers de dépôt des demandes diffèrent d'un organisme à l'autre, ce qui complique la recherche de cofinancements. Les modalités de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), telles qu'elles se dessinent dans certaines institutions, présentent des avantages pour les grandes associations, mais pas pour les plus petites. Cela risque d'appauvrir les dispositifs locaux. Cette question est également abordée dans le cadre des groupes de travail de l'ARS.

La soumission des projets à plusieurs financeurs successifs est chronophage. L'idéal, selon un des participants, serait que chaque structure puisse concevoir un programme de prévention à l'année et le soumettre dans le cadre d'une demande unique de financements. Il appartiendrait ensuite aux financeurs de s'entendre entre eux pour s'impliquer dans le budget en fonction de leurs compétences, de leurs possibilités et de leurs intérêts respectifs. Cela suppose au préalable une bonne coordination entre les financeurs autour d'un projet territorial qu'ils partagent entre eux avec une mutualisation des moyens.

Synthèse et propositions

Le calendrier des groupes de travail n'a pas permis d'envisager une concertation sur des propositions d'action. Mais, tout au long de l'élaboration de ce diagnostic, les constats et les souhaits formulés permettent de dresser une liste de propositions, sans toutefois pouvoir les hiérarchiser. C'est donc à partir de cet exercice que nous avons établi les propositions qui suivent en argumentant chaque fois par le constat qui les justifie. Certes ces propositions ne sont pas exhaustives, elles traduisent l'état de la réflexion qui a été engagée au cours des séances de travail.

1 – Mise en place d'une cellule départementale de veille et d'alerte sur l'évolution des consommations et l'émergence de nouveaux produits en Meuse

Les données quantitatives disponibles, notamment celles sur les infractions à la législation sur les stupéfiants, montre l'irruption récente de la problématique du trafic, de l'offre et de l'usage d'héroïne. C'est un phénomène relativement récent qui, par son importance actuelle, place la Meuse parmi les deux premiers concernés dans l'ensemble des départements métropolitains. Du coup, l'importance plus ancienne de l'usage de cannabis ou des comportements de consommation excessive de boissons alcoolisées peut être perçue comme moins prioritaire dans l'immédiat, alors que leur prévalence constitue un problème de santé publique en Meuse.

Ces données statistiques ont toujours un temps de retard par rapport à la réalité du moment en raison de la lourdeur de leur production. Or le marché des drogues change plus rapidement que l'actualisation des statistiques. La Meuse est, à cet égard, en position géographique délicate car très proche de pays connus pour l'inventivité des chimistes dans le domaine des drogues de synthèse et voisine de départements repérés pour l'organisation de réseaux de trafic. Il importe donc d'être le plus réactif possible par rapport aux évolutions des pratiques, à l'émergence de nouveaux produits et l'apparition de nouveaux comportements de consommation. Cette réactivité souhaitée passe par une vigilance permanente faite d'échanges d'informations entre les différents acteurs chargés de la répression, de la prévention et des soins. Cette vigilance est déjà en cours au niveau meusien, mais elle pourrait être davantage formalisée par la **constitution d'une cellule de veille permanente et d'alerte** chargée d'observer les évolutions en cours. Cette cellule départementale relèverait de la compétence de l'État.

2 – Donner une finalité opérationnelle à l'approche globale des comportements addictifs par un renforcement des coordinations entre les différents dispositifs de prise en charge médicale, médico-sociale et sociale ou de prévention du décrochage scolaire

En soulignant l'intérêt des différentes dimensions médicales, psychologiques et sociales d'un comportement de consommation, les participants ont souligné leur attachement à l'approche globale des comportements addictifs qui ne part pas du produit incriminé mais de la situation d'ensemble vécue par chaque individu concerné. Pour qu'une telle approche soit opérationnelle, encore faut-il que les financeurs des actions de prévention arrivent à se coordonner sur des objectifs partagés visant une même finalité. Ils souhaitent donc le maintien et le renforcement si nécessaire de la concertation départementale, impulsée par l'État au regard de ses compétences sur la prévention des drogues et de la toxicomanie, qui rassemble les différentes collectivités ou organismes financeurs. Mais ils souhaitent surtout que la dimension de prévention des consommations des drogues ne soit pas abordée de manière verticale mais en liaison avec les autres

dimensions qui prennent en charge la qualité de vie des Meusiens. Ce souhait s'applique par exemple aux dispositifs de prévention du décrochage scolaire chez les jeunes. Il a été rappelé que le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes se présentent assez souvent de façon concomitante. Or si on admet l'importance de signes avant-coureurs des consommations problématiques de drogue, il importe que les dispositifs de ce type ne se limitent pas à la seule question scolaire mais qu'ils intègrent d'emblée les dimensions psychosociales et situationnelles des jeunes concernés. La présence d'acteurs de la prévention de la toxicomanie dans ces instances est donc souhaitée.

3 – Prévenir le phénomène de reproduction des situations d'addiction dans les familles les plus en difficulté

La prise en charge des personnes présentant des addictions repose en partie sur la capacité des professionnels à interagir de façon à apporter des compétences variées et à mettre de la cohérence dans les différentes interventions. L'ensemble des professionnels au contact des personnes concernées est sollicité et pas seulement les acteurs du soin, du fait de la fréquence du déni générant des difficultés d'accès à une prise en charge. Un axe de travail se lit en filigrane des témoignages présentés. Il concerne la prévention de la reproduction des situations d'addictions dans les milieux familiaux les plus précarisés. La prise en compte de cette dimension nécessite la participation d'acteurs du Conseil général (ASE et PMI), de la PJJ, des consultations spécialisées, des associations familiales, etc. Des journées de formation ou d'échange de pratiques organisées par le Réseau meusien d'addictologie pourraient permettre l'acquisition mutuelle de compétences.

4 – Doter le département d'un centre de ressources à l'instar de ce qu'était le CODES

La mise en œuvre de la prévention de la consommation de drogues est à envisager en fonction de deux dimensions temporelles. On parlera de prévention primaire lorsqu'il s'agit d'empêcher ou du moins de retarder l'âge de l'initiation à une consommation. Elle peut être qualifiée de secondaire ou de tertiaire, pour reprendre le modèle classique de toute prévention en santé publique, lorsqu'il s'agit de réduire les méfaits d'une consommation excessive déjà installée.

Pour ce qui est de la prévention primaire, les participants ont regretté la disparition du CODES qui constituait le centre de ressources départemental dans ce domaine. Certes des solutions de remplacement ont pu être trouvées partiellement. Mais les participants demandent qu'un pôle de ressources soit à nouveau constitué à l'échelon départemental. L'annonce d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'IREPS, destiné à favoriser l'accompagnement des actions d'interventions de proximité en Meuse dans le cadre d'un soutien méthodologique, a été accueillie favorablement. Sa réalisation permettra de compenser le manque actuellement ressenti dans le domaine de la prévention primaire. Celle-ci ne se limite pas aux jeunes mais inclut également les parents par un soutien à leurs compétences éducatives.

5 – Maintenir et développer le rôle de la police et de la gendarmerie dans le rappel à la loi et dans l'information du public sur les risques judiciaires de l'utilisation de produits illicites

La banalisation de l'usage de substances psychoactives rend nécessaire le rappel des risques judiciaires encourus par l'utilisation de ces substances du fait de leur caractère illicite. Il est donc nécessaire d'informer le public jeune et les parents de la législation en vigueur. C'est pourquoi les participants aux groupes de travail ont noté que les moyens développés par la police et la

gendarmerie dans le rappel de la loi et l'information sur les effets des produits stupéfiants étaient en diminution. Ils souhaitent que les ressources humaines affectées à cette mission puissent être maintenues, voire développées.

6 – S'appuyer sur les établissements scolaires, maillage d'un territoire rural qui permet de toucher les jeunes, et promouvoir davantage le rôle des enseignants dans la prévention qui ne soit pas une affaire médicale

La prévention primaire, dotée d'un centre de ressources départemental, s'appuie sur les établissements scolaires qui, en milieu rural, constituent le maillage privilégié du territoire pour atteindre les jeunes. L'implication des collèges et des lycées dans la prévention ne passe pas seulement par la mobilisation des personnels chargés de la promotion de la santé des élèves. Pour éviter la médicalisation de la question des drogues, la contribution des collèges et des lycées peut s'adosser sur les fonctions quotidiennes assurées par les enseignants dès lors qu'ils auront été davantage mobilisés sur de l'enjeu de la prévention des comportements addictifs et qu'ils auront participé à la définition d'une stratégie d'ensemble, au sein d'un Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

7 – Privilégier le rôle des équipes mobiles pour faciliter l'expression de la demande en allant au devant des personnes pour qui un besoin de prise en charge est repéré. Développer la connaissance et la maîtrise des outils motivationnels pour faciliter l'expression de la demande de conseil et de soutien.

Une fois qu'une consommation excessive est installée, que le besoin de prise en charge est repéré, la demande de soutien ou de soins n'est pas systématique. Il y a un écart entre le besoin repéré et la demande exprimée. Les expériences de lieux spécialisés de soutien et de conseil ont été tentées hors filière hospitalière ou médico-sociale. Les professionnels sanitaires et sociaux proposent donc de privilégier une pratique où l'on va à la rencontre des usagers potentiels, sur leur lieu habituel de vie. C'est là tout l'intérêt des équipes mobiles qui existent en Meuse. Le recours à des outils motivationnels, tels qu'ils existent dans le champ des soins aux personnes en situation d'addiction, n'a pas été évoqué au cours des séances de travail. On peut toutefois le suggérer ici en préconisant un développement de la connaissance et de la maîtrise de ces outils par des séances d'information et de formation des personnels.

8 – Pallier l'inexistence de lieux de rupture en Meuse par une expérimentation de réponses en familles d'accueil

Les professionnels réunis par les deux groupes de travail ont regretté l'absence en Meuse de lieux de rupture pour les toxicomanes. Les cliniciens s'accordent en effet pour souligner le rôle joué par les réseaux sociaux dans une trajectoire de sortie de la toxicomanie. Ces réseaux peuvent tenir un rôle de support dans la progression vers la cessation ou la réduction significative de la consommation (c'est le cas des familles, par exemple), mais ils peuvent aussi avoir un effet négatif et entraîner vers une reprise de l'usage. La Meuse ne dispose pas, pour l'instant, de solutions de rupture sur son territoire, notamment après une phase de sevrage, et doit s'en remettre à l'offre qui existe sur des départements voisins. Mais c'est une offre difficilement mobilisable en raison de son rayonnement national. Sans pour autant préconiser la création d'un tel centre de postcure, des solutions de rupture dans le cadre de familles d'accueil seraient à expérimenter.

9 – Veiller à la continuité de la prise en charge dans la trajectoire des toxicomanes et à sa cohérence territoriale

Dans le même esprit, la nécessité de la continuité de la prise en charge à la sortie d'un établissement d'enfermement ou d'hospitalisation pour sevrage a été rappelée. Pour qu'une telle continuité des soins puisse être renforcée, encore faut-il qu'il y ait une couverture territoriale des équipes médicales et sociales au plus proche des populations. Les équipes mobiles permettent d'assurer cette continuité dès lors que la coordination avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux est assurée. Mais il faut aussi que les stratégies de prise en charge soient définies et conduites, en termes de santé publique, dans des conditions comparables d'un territoire meusien à l'autre pour éviter les discontinuités ou des politiques locales divergentes voire antagonistes.

10 – Soutenir le développement des approches communautaires et territoriales. Informer les élus sur la pertinence de cette approche qui est aussi à privilégier dans la sélection des projets subventionnés

Les groupes de travail ont particulièrement insisté sur la pertinence et la nécessité d'une approche communautaire à des échelons territoriaux définis. Ce peut être des CISP ou dans le cadre de l'intercommunalité. Cette forme d'intervention permet d'associer sur un territoire donné la diversité des acteurs de proximité dans le cadre d'un projet défini ensemble et avec une mutualisation des moyens. Mais pour qu'elle fonctionne, encore faut-il qu'il y ait au préalable un portage politique par les élus locaux concernés. Or, pour différentes raisons, ceux-ci se montrent quelquefois réticents à s'engager dans une telle démarche sur un sujet qu'ils estiment mal maîtriser. Un des moyens pour lever cette résistance éventuelle passe par une meilleure information des élus et des responsables administratifs locaux sur l'enjeu que représente la prise en compte de la lutte contre le trafic de drogues, le rappel à la loi, la prévention des consommations des produits addictifs et la mise en cohérence sur leur territoire des actions concourant à la continuité des soins. Cette information peut prendre la forme d'un « guide pratique des élus ». La MILDT vient tout récemment d'en publier un. Sa diffusion, complétée par des informations localisées sur la Meuse, peut donc être considérée. D'autres moyens de communication et d'information peuvent être envisagés : présentation d'une stratégie territoriale de prévention de la consommation de drogues et de la toxicomanie au cours de manifestations organisées par l'Association des maires ou tout autre groupement de collectivités territoriales.

Pour que cette approche territoriale devienne une pratique plus courante en Meuse, il peut aussi être recommandé aux collectivités ou organismes proposant des appels à projets dans le domaine de la prévention des addictions d'y faire explicitement référence en indiquant qu'il s'agit là d'un critère de sélection et d'évaluation des propositions soumises à demande de subvention.

11 – Promouvoir la spécificité de la prévention en milieu rural dans les instances administratives régionales et nationales

Un long débat entre les participants a porté sur les difficultés rencontrées par la prévention en milieu rural. Conscients de la situation de leur territoire par rapport à l'importance de la prévalence de la consommation de produits addictifs, les acteurs de terrain se déclarent souvent démunis pour organiser de manière efficiente les actions de prévention. Ils regrettent notamment que le modèle de prévention le plus courant, notamment au niveau des administrations centrales concernées, ait été conçu pour des interventions en milieu urbain et sous-estime les spécificités du milieu rural. Ils souhaitent qu'une réflexion nationale puisse être menée sur une telle prévention en milieu rural, car

leur expérience montre que les pratiques classiques utilisées dans les territoires à grande concentration urbaine ne sont pas adaptées aux besoins de leur territoire.

L'année 2011 est à la fois l'année de l'achèvement du plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies et celle de la préparation du futur plan. Le plan qui se termine aborde peu ou même pas du tout la spécificité du milieu rural. Il importe donc que la MILDT soit informée des difficultés rencontrées dans un département comme la Meuse, soumise à des consommations de drogue similaires voire plus importantes, au prorata du nombre de ses habitants, que celles constatées dans des départements fortement urbanisés. Autrement dit, promouvoir une spécificité de la prévention en milieu rural.

12 – Concevoir et utiliser une procédure d'appel à projets et de subventions adaptée aux caractéristiques des territoires ruraux

Cette réflexion porte également sur les critères de répartition des crédits disponibles par les administrations publiques. Or, souvent encore, le critère de base retenu repose sur un indicateur démographique qui handicape forcément les zones rurales. De même, il est demandé que les critères d'évaluation des actions engagées puissent être revus. Il est difficile de privilégier des indicateurs quantitatifs en milieu rural, alors qu'en milieu urbain ils sont plus faciles à être atteints. La même réflexion est souhaitée pour le calcul des coûts des actions financées pour intégrer les dépenses liées à la mobilité des personnes et des professionnels. Une demande de refonte et d'adaptation des formulaires standardisés de demande de subvention et d'évaluation des actions est souhaitée.

Pour l'évaluation des actions, les participants souhaitent que l'approche qualitative soit privilégiée par rapport aux indicateurs quantitatifs. Cela d'autant plus que l'interconnaissance des acteurs est plus facilement de mise en milieu rural qu'en milieu urbain. Dès lors que les professionnels se connaissent et ont une visibilité immédiate des actions engagées, la mise en œuvre de critères qualitatifs d'appréciation permet d'avoir un regard plus juste sur l'évaluation des projets et de ses résultats.

13 – Impliquer les professionnels du milieu des entreprises et de l'artisanat dans les programmes et projets départementaux de prévention de la consommation de drogue

Les deux groupes de travail constitués pour élaborer ce diagnostic étaient composés d'une diversité d'acteurs professionnels représentant différentes institutions intervenant à des titres divers sur le champ de la consommation de drogues. Mais la critique rétrospective de cette composition montre une absence de représentants du milieu du travail (entreprises, médecins du travail). Il est vrai que ce milieu spécifique est encore peu organisé par rapport à la prévention de la consommation de drogues illicites, alors qu'il l'est davantage pour la prévention des consommations excessives de boissons alcoolisées. Or la grande majorité des consommateurs de drogues non scolarisés occupent un emploi. Le milieu du travail offre donc un environnement propice pour prévenir ce type de consommation et la toxicomanie, tant en raison du temps que les individus y passent que du rôle que le travail joue dans leur vie. En outre, la législation sur la santé au travail vient de donner des compétences nouvelles aux médecins du travail en étendant leurs compétences à la prévention des drogues illicites sur les lieux de travail. Il importe donc d'éviter à l'avenir cette absence dans les concertations engagées en Meuse et veiller à intégrer des représentants de la santé au travail dans tous les groupes qui pourront être constitués sur la question des drogues.

Annexe : Liste des participants aux groupes de travail

- Mme Stéphanie ANTONELLI, Conseillère technique santé, Délégation territoriale PJJ (54, 55, 88)
- M. Jean AYI, Chef de projet CUCS, Bar-le-Duc
- M. Philippe BAUNE, Police nationale
- M. Emmanuel BESSIN, Médiateur social CIAS Centre Ornain
- M. François BEYRIES, Sous-préfet de Verdun
- M. Bruno BOBAN, Commandant, Brigade de gendarmerie de Commercy
- Mme Véronique CAMUZET, ARS, Délégation territoriale de la Meuse, Prévention et promotion de la santé
- Mme Marie DA-SILVA, Infirmière, Établissement public local d'enseignement et de formation professionnelle agricole (EPL agricole), site de Bar-le-Duc
- Mme Claude FERRON, Conseillère technique,
Mission territoires de l'action sociale, Direction de la solidarité, Conseil général de la Meuse
- M. Olivier GEHIN, Gendarmerie, FRAD pour le Sud-Meusien
- Mme Amandine GORY, Substitut du procureur de la République de Verdun
- Dr Dominique GUIRLET, Service d'addictologie du CH de Bar-le-Duc, CSAPA Centr'Aid
- Mme Catherine HERMES, Brigadier chef, Commissariat de Verdun, groupe « stupéfiants »
- M. Patrick HOUGARDY, Gendarmerie, Brigade de Commercy
- M. Emmanuel JAYEN, Formateur anti-drogue, Police nationale
- M. Jean-Marc KÖHLER, Brigade de gendarmerie de Verdun
- M. Vincent LANNERS, Capitaine de police, Commissariat de Verdun
- M. Yves LE CLAIR, Procureur de la République, TGI de Verdun
- M. Stéphane LECOEUR, Directeur de l'association meusienne de prévention
- M. Christophe LORIN, Brigade de gendarmerie de Verdun, Formateur-relais anti-drogue
- Mme Anne-Marie MAIRE, Inspecteur d'académie, Meuse
- Dr Dominique MENOUX, Médecin conseiller technique, Inspection académique de la Meuse
- Mme Zaïda MOULAY, Substitut du Procureur, TGI de Bar-le-Duc
- Mme Nathalie ODIN, Coordinatrice Fédération départementale des Familles rurales
- Mme Claudine RAULIN, ARS, Délégation territoriale de la Meuse, Prévention et promotion de la santé
- M. Bruno RIGAL, Chef de service éducatif, Centre éducatif fermé de Thierville
- Mme Marie-Laure RENAUD, Directrice des affaires sociales, CUCS, Ville de Verdun
- M. Philippe SIMON, Conseiller technique, UTAS de Bar-le-Duc, Conseil général
- Mme Aline THIRIAT, Directrice du CIAS Centre Ornain
- Mme Ghislaine TIRLICIEN, Bureau du Cabinet, Préfecture de la Meuse
- Dr Gérald VALLET, Chef de service, Unité d'addictologie du C.H. de Verdun
- Mme Nadine WEBER, Coordinatrice, Point Accueil Écoute Jeunes, MJC du Verdunois

- M. Michel MONZEL, CSAPA Les Wads, CMSEA
- M. Yvon SCHLÉRET, ORSAS