

L'intervention sociale réinventée face à la consommation d'héroïne

Par Martin Wagener, Prof. de sociologie,
CIRTES – Centre interdisciplinaire de
recherche – Travail, Etat, Sociétés,
UCLouvain.

Résumé

L'article propose de reconstruire l'évolution historique des modes d'intervention des travailleurs sociaux par rapport au phénomène de l'arrivée massive de l'héroïne dans les années '80 en se basant sur une approche comparative entre les villes de Liège et Aix-la-chapelle concernant les politiques et l'action sociale en matière de drogues.

L'article reconstruit comment les acteurs de terrain, les politiques, l'appareil juridique et lié à la santé publique se sont adaptées à une consommation de drogues « dures » à travers des modes de coopération créés au sein de différents dispositifs qui lient les aspects d'aide à la personne, d'intervention sanitaire avec les aspects répressifs. En même temps que ces services se spécialisent, s'adaptent et trouvent leurs manières de travailler en réseau, ils se voient devant l'enjeu de réinventer partiellement leurs pratiques, d'adapter leurs formations de base afin d'être en phase avec des modes de consommation et des parcours de vie changeants.

Summary

The article proposes to reconstruct the historical evolution of intervention modes from social workers facing the phenomenon of the uprising of heroin in the early '80s based on a comparative approach between the cities of Liege and Aachen regarding policy and social work.

We reconstruct how Field workers, policy representatives, legal authorities and actors related to public health adapt their practice towards the consumption of "hard" drugs through different modes of cooperation created within different organizational modes make the connection between individualized case work, health issues and repressive aspects. At the same time as these services specialize, adapt and find their ways to function in a network, they are facing the issue to reinvent their practices, to adapt their basic training in order to be in line with changing patterns of consumption and changing life courses.

1 Introduction

Cerner l'évolution du travail social n'est pas une matière aisée tant que les métiers, secteurs, approches et milieux se différencient entre eux. Dans le présent article nous voulons cibler les pratiques des travailleurs sociaux comme des acteurs, qui en connexion avec d'autres corps de métiers liés à la santé publique, à la police, à l'appareil juridique ont mis en place des pratiques spécifiques quant à l'arrivée massive de l'héroïne dans les villes d'Aix-la-chapelle et Liège. Elles sont toutes les deux situées dans la région Meuse-Rhin et proche de Maastricht. Ayant été confronté à des défis comparables en matière de consommation de drogues dures, on peut retracer comment ils s'y sont développés une série de services spécifiques face au constat que les réponses répressives et en termes d'abstention ne permettaient pas d'endiguer les overdoses, infections et multiples problèmes sociaux et médicaux auxquelles étaient confrontées les consommateurs d'héroïne.

Notre intérêt est de retracer les pratiques d'intervention des travailleurs sociaux face à la consommation de drogues dures dans ces deux villes. En parallèle, nous retraçons également l'histoire des modes de consommation de l'héroïne et comment le travail social a dû s'adapter, et cela en connexion étroite avec les acteurs des politiques locales et les dispositifs à la fois liés à la santé publique qu'à celui de l'appareil répressif. Les connexions avec les habitants (proches) des deux villes sont également importants pour comprendre l'évolution des pratiques d'intervention.

2 Approche

Ce texte est basé sur une méthodologie triple. Au départ de ce travail de recherche se situent deux expériences de stage dans le cadre de ma formation initiale comme éducateur spécialisé. J'y ai effectué en stage d'une durée de 8 mois à temps partiel dans un café d'accueil avec chambre de consommation pour usagers de drogue dures à Aix-la-chapelle. Puis l'année suivante, un autre stage à temps-plein pendant 8 mois dans un service d'accompagnement en milieu de vie en santé mentale avec aussi comptoir d'échanges de seringues, m'a permis de mieux connaître le contexte Liégeois. Mes premières années professionnelles comme travailleurs social ont débuté à Bruxelles dans un petit service d'aide aux usagers de drogues (majoritairement dures) dans leur milieu de vie et en prison.

Par ailleurs, nous avons menée en 2018 des entretiens avec le responsable de l'aide aux usagers de droguesⁱ à Aix-la-chapelle. A Liège, nous avons mené trois entretiens avec des équipes des maisons d'accueil socio-sanitaires (2 personnes), un service d'accompagnement en milieu de vie ainsi qu'un responsable actuel d'un service d'accompagnement qui a déjà été actif dans les années 80 lors de la première phase de création des nouvelles d'approches d'intervention que nous allons décrire dans la suite. Puis, nous avons consulté les rapports d'activité ainsi qu'une littérature grise qui est complétée par un cadrage à travers des analyses académiques.

3 Une histoire sociale de l'arrivée de l'héroïne et des pratiques d'intervention en travail social.

Un livre récent sous la direction de Kokoreff, Coppel et Peraldi (2018) retrace l'histoire sociale de l'héroïne en France à travers trois grands moments historiques. La découverte de l'héroïne dans les

années 60-70, puis la bascule, la consommation se voit renforcée après la crise économique du milieu des années 70 pour arriver au plus haut taux de consommation dans les années '80. Le troisième moment intervient durant la fin du siècle, Kokoreff et al. y analysent un recul de la consommation d'héroïne et le renforcement des services proposés. Notons encore que Schmid (2003) retrace les mêmes étapes dans l'aide aux usagers de drogue en Allemagne.

Dans la suite nous allons reprendre ces trois étapes historiques, pour analyser comment elles ont pris forme dans les deux villes en question. Et même si les dates exactes diffèrent de la situation en France, on peut saisir des parallèles en termes d'évolution du traitement des questions sociales, politiques et liés à la santé publique dans les deux villes en question dans cet article.

3.1 La découverte – une consommation encore assez invisible

Le premier moment, la **découverte**, est marquée par l'arrivée assez invisible de l'héroïne dans les années '60 et '70. Tandis que l'on voit des expérimentations très diversifiées de multiples produits dans des cercles liés à différentes contre-cultures naissantes dans des milieux artistiques, culturels, musicaux, intellectuels et de mouvance sociale. Précisons encore que les types de consommation et modes de vies varient fortement dans ces milieux, la consommation peut être occasionnelle et n'est pas nécessairement « problématique ». L'héroïne était consommée dans « des cercles restreints, tantôt mondains, tantôt populaires » (Kokoreff et al., 2018 :20) avec des modes de diffusion clandestins et distribués. On voit la consommation dans certains milieux « hippies, freaks et baba cool qui vont de Californie en Inde en passant par l'Iran, le Pakistan et le Népal, ou de l'Angleterre et de la Hollande au Maroc » (p.20). On est donc face à une consommation plutôt de découverte par une contre-culture, et cela, même si les constats des premières overdoses sont présents.

Lors des années 60-70, la consommation était principalement abordée par la police et aussi les services psychiatriques, mais on peut retenir que l'augmentation des modes de consommation de « nouveaux » produits a été grosso modo négligée par les autorités (p.20). Dans les deux villes en questions, on ne trouve pas de trace de travail social avec des personnes consommateurs de l'héroïneⁱⁱ, même si l'on peut retenir que les milieux de travail social se sont commencés à se poser des questions comment intervenir par rapport à ce milieu (Schmid, 2003 ; Lequarré & Verjans, 1996).

3.2 La bascule et les premières des pratiques d'intervention à bas-seuil et de réduction des risques

La **bascule**, deuxième moment décrit par Kokoreff et al. (2018), commence au début des années 70 et se voit renforcée après la crise économique pour arriver au plus haut taux de consommation dans les années '80. Le contexte socio-économique s'assombrit, la culture passe du hippie par étapes au punk, on voit l'apparition « de scènes » de ventes dans les squats et les vieux quartiers délabrés. Les ravages de l'héro deviennent visibles dans les « banlieues » et autres « cités maudites », en région parisienne et dans les grandes villes » (p.21). Comme dans pleins d'autres pays, les modes de consommation de l'héroïne (par injection avec un matériel non-stérile) ont été un des moteurs des ravages connus par le HIV/SIDA.

Les premières expérimentations en termes de réduction de risque sont à situer en Angleterre, Pays-Bas et la Suisse dans les années 80 (Kokoreff et al., 2018 :17). En premier lieu les morts à cause du sida, mais aussi les overdoses, les décès et problèmes médicaux à cause des septicémies, problèmes liés à l'hépatite et d'autres maladies transmissibles ont été l'une des causes pour lesquelles l'attention des services de santé publics (d'abord alertés par certains médecins) et d'intervention dans les quartiers centraux et populaires s'alertent. La relativement faible réponse quant à l'importance du problème par les services habituels de santé publique a formé le point de départ pour des relativement petits groupes de travailleurs sociaux, médecins, infirmières et d'autres à chercher d'autres approches.

A **Liège** dans les années 80, les estimations – certes peu fiables à cause d'un modèle d'enregistrement non unifiée- autour du nombre de personnes toxicomanes retiennent 3 à 4000 personnes. Les premiers débats en termes de santé publique ont comme objet la méthadone comme produit de substitution. La législation Belge datant de 1921 interdit aux médecins généralistes de maintenir une dépendance existante. Cette loi est modifiée en 1976, elle installe un certain flou quant aux manières d'interpréter la marge entre « indication thérapeutique bien soigné » et « prévenir le développement de toute toxicomanie » (Jeanmart, 2009).

Les rapports, entre travailleurs sociaux et médecins engagés d'un côté, et de l'autre une vision fort répressive, sont assez tendues à ce moment. Cette pratique de substitution reste dans un flou juridique jusqu'à l'organisation en 1994 d'une Conférence de Consensus sur les traitements de substitution qui seront dans les années suivantes traduites dans la législation fédérale (Jeanmart, 2008). Les débuts d'intervention en territoire liégeois sont décrits dans ce qui suit par une représentante d'un service ambulatoire à Liège : « En 88, le Centre Alpha lance le premier programme de substitution à Liège, qui rapidement essaimait. Et donc, les problèmes de la toxicomanie avec énormément d'overdoses, avec beaucoup de vols de pharmacie, c'est en débordement dans les années 80. Cela s'est augmenté dans les années 90. Puis, il y a eu création de beaucoup de services de bas seuil ». Deux centres de santé mentale, un service ambulatoire spécialisé et 2 maisons médicales commencent à aborder le public toxicomane et à se spécialiser dans le domaine. Certains de ces services délèguent également des travailleurs à la prison de Lantin pour favoriser la rencontre et l'orientation des usagers incarcérés. Le CPAS (Centre public d'action sociale) et un centre hospitalier de Liège commencent à offrir des lits d'urgence (10 places) et un centre de soins (30 places). Quelques usagers sont acceptés au « compte-goutte » dans une structure psychiatrique (Bollette, 2018).

En Allemagne, l'époque était aussi dominée par le modèle de la cure dans un contexte où les acteurs psychiatriques et liés à la consommation d'alcool s'intéressaient peu à la problématique (Schmid, 2003), la cure étant le seul modèle accepté. A **Aix-la-chapelle**, ce sont surtout des militants liés à l'aide aux personnes atteintes du HIV/SIDA qui créent en '86 une première organisation associative dans ce contexte. Les premiers programmes de substitution voient le jour en '88 en Allemagne, elles étaient initialement qu'accessible aux personnes présentant le diagnostic du SIDA (Stöver, 2011).

3.3 Le reflux et le développement des pratiques d'intervention et des politiques urbaine et de santé

Les années 90 et '00 sont marquées par un tassement de la consommation et même un fort recul au début du millénaire. Kokoreff nomme ce troisième moment le **reflux** : « on observe un non-renouvellement et un vieillissement des « toxicomanes » en même temps qu'une dégradation de leur situation sociale et sanitaire » (p.21). Le système pénal fonctionne à plein régime (p.21) et les premiers

programmes de réduction des risques (Harm reduction), d'échange de seringues et d'expérimentation de mise à disposition de lieux pour la consommation contrôlée voient le jour dans différents pays.

Les premières expériences de distribution de seringues dans un parc Suisse, et d'autres pratiques dans des villes allemandes, ont fortement influencé l'approche par les fondateurs d'un café d'accès à bas seuil avec service d'échange de seringues à **Aix-la-chapelle**. C'étaient des travailleurs sociaux engagés auprès des personnes qui avaient atteint le SIDA (ou qui étaient porteurs du virus VIH) qui se trouvaient face au constat que les approches classiques se basant sur un mélange entre répression et thérapie (souvent aussi dans le cadre des libérations conditionnelles) ne suffisaient pas à endiguer les ravages constatés au terrain (voir aussi Schäver & Stöver, 2001). Ce café s'installe en 94 au Kaiserplatz, lieu où la scène aix-la-chapelloise se trouvait déjà depuis les années '80. Elle est connue pour être un lieu de sociabilité du milieu, de la consommation, du deal et d'autres. Notons par ailleurs que les activités liées à la prostitution en rue avaient lieu à quelques dizaines de mètres de là.

Le café est un centre de premier accueil pour usagers des drogues dures, des personnes prostituées et des personnes sortantes des prisons de la ville et de la région d'Aix-la-Chapelle. Le personnel y assure : des entretiens individuels d'aide psychosociale, des dispositions sanitaires, des boîtes postales pour des sdf, l'échange de seringues, ... Le travail de rue est lié au service et aussi en lien avec la ligne de bus vers Heerlen (ville la plus proche aux Pays-Bas). Un service proche assure également l'accompagnement psycho-social des personnes en programme de substitution et le suivi en prison.

En '99 une permanence médicale avec médecin, infirmière et travailleur social est organisée à côté du café, en 2001 ouvre une salle de consommation à moindre risque. Ils y assurent ensemble un minimum de santé médicale en mettant en place une structure de base hygiénique pour la consommation d'héroïne, de cocaïne (ou de ses dérivés) dans une chambre avec quatre places. Lors de nos entretiens avec les fondateurs (en 2004), ils mettaient en avant que les arguments de type social, médical ou même éthique avaient moins d'importance que la thématique du maintien de l'ordre dans l'espace public. De manière pragmatique un accord a été trouvé pour centraliser les activités liées à la vente et la consommation de la drogue dans un lieu centralisé en ville. Cette salle a été fermée en 2011, officiellement à cause d'une diminution de la consommation d'héroïneⁱⁱⁱ, mais à partir d'autres sources, on relate qu'il y avait aussi une tension au niveau territorial, c'est-à-dire une thématique de financement entre la ville et la région urbaine par rapport aux usagers de drogue de la région urbaine.

L'histoire de la création de services destinés aux usagers de drogue à **Liège** est plus complexe, et cela est en partie lié à un contexte politique Belge avec des compétences partagées en état fédéral, régions, communautés, provinces et communes (Jeanmart, 2008)^{iv}. En résumé, il y a eu une confluence entre à la fois la mise en place au niveau fédéral des contrats de sécurité qui portaient une attention spéciale au phénomène de l'usage de drogues, et, le développement des pratiques d'intervention à bas-seuil et inspiré de la réduction des risques. Comme le dit Caroline Jeanmart en analysant les politiques belges en la matière : « La réaffirmation, par les pouvoirs publics, du lien entre toxicomanie et délinquance dans un contexte où la lutte contre le sentiment d'insécurité est devenue une priorité, conduit les pouvoirs publics à investir dans nombre de dispositifs mixtes qui se donnent à la fois pour mission la santé, l'aide sociale ou la réduction des risques, mais aussi la lutte contre la petite délinquance » (Jeanmart, 2008 :288).

L'arrivée des contrats de sécurité était au départ accueillie avec méfiance par les associations liégeoises : « Par apport au contrat de sécurité, qui a été vécu comme un concurrent et aussi avec l'aspect sécurité. Donc le corps médical et les acteurs sociaux se sont dit « attention, on ne va pas se mettre avec le sécuritaire ». Le débat n'a jamais été complètement vidé, par exemple il y a toujours un

éducateur de rue des contrats de sécurité, avec un focus sur la prévention des nuisances sociales liés aux drogues. Par rapport au Relais Social [voir page suivante], où le focus est d'avantage mis sur les personnes ».

Au niveau des acteurs associatifs de terrain, le changement de paradigme vers la réduction des risques est arrivé plus tôt, comme l'exprime un travailleur social : « On se rendait compte que l'éternel souhait de sevrage, cela ne tenait pas. On est rentré alors dans la philosophie de la réduction des risques, et en 94, année particulière : l'ouverture du premier comptoir d'échanges de seringues, la création du centre Start [maison d'accueil socio-sanitaire], le premier groupe de discussion sur la diacétylmorphine a vu le jour. A Liège c'était un peu la révolution en matière d'intervention en Toxicomanie ». On parvient alors à un mode gestion spécifique entre des acteurs associatifs et les contrats de sécurité liégeois : « Ce qui était assez déterminant, on a vu apparaître les premiers contrats de sécurité dans les années 90. C'était Tobback [ancien ministre fédéral] qui a lancé l'idée d'avoir une politique globale et intégrée en matière de drogues. A Liège, on a eu un directeur du contrat de sécurité qui était très ouvert à la politique de réduction des risques ». Cette ouverture là – et beaucoup de moments de discussion assez intenses entre l'approche sécuritaire et celle centrée sur la personne, et entre la réduction des risques (maintenance) et l'abstinence – ont permis d'intégrer dans un réseau différentes composantes conflictuelles mais plus ou moins intégrées : « Donc c'était essentiellement le réseau liégeois, c'était un conglomérat d'ASBL privés, le politique a donné son soutien pour que ce soit accepté par tous, le politique, le judiciaire. C'est pour cela que Liège a pu être un peu pionnière en la matière ».

On voit donc la création d'une série de services avec des d'approches novatrices dans les années 90 : d'abord en '93 un premier programme d'échange de seringues avec la collaboration des contrats de sécurité, du Parquet de Liège, de Modus Vivendi et l'association des pharmaciens de la Province de Liège. Ce programme atteint la taille de 70 officines en '94. Les premières discussions autour d'un programme de délivrance contrôlée d'héroïne ont lieu la même année, même si l'on doit attendre 2010 avant de voir une concrétisation du Projet TADAM dans le cadre d'une étude menée pendant deux ans conjointement par le réseau liégeois, l'université de Liège et le ministère de la santé publique au niveau fédéral (Demaret et al., 2013). Dès 2000 un Observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues a été créé dans le cadre des contrats de sécurité (Decorte et al., 2004 :36).

Après une première expérience d'une maison d'accueil socio-sanitaire (MASS) proche d'un hôpital liégeois, le fédéral (Ministère de l'intérieur, Santé Publique et Affaires Sociales) finance en '95 neuf MASS sur le territoire belge. Les Mass poursuivent une accessibilité à bas-seuil d'exigence par une équipe multi-disciplinaire qui vise à la fois l'aide aux personnes et la prévention de la délinquance. En 2018, un autre centre d'accueil socio-sanitaire est mis en place à Liège (partenariat Province-CPAS de Liège) qui vise à intégrer les dispositifs d'urgence sociale, l'aide spécifique apportée aux personnes sans-abri, à terme aussi des services pour personnes dépendantes.

Les relais sociaux ont été créés en 2001 dans les grandes villes wallonnes comme réseau intégré des services associatifs et liés aux Centres Publics d'Action Sociale comme une réponse de collaboration entre services face à la grande précarité, et plus spécifiquement pour coordonner sous forme de réseau l'aide apporté aux personnes sans-abri (Morenville, 2013). L'expérience des travailleurs de rue détachés de leur service qui visaient d'aller vers les personnes qui ne formulent pas (encore) une demande aux institutions, est intégrée dans le relais, comme le dit un intervenant liégeois : « Au départ, une série de services ont détaché une série d'éducateurs de rue, puis c'est quelque part à partir de là qu'est né le relais social. Donc, cette formule de détachement a été créé aussi dans les années 90. Ils s'occupaient de toxicomanie, mais aussi de prostitution, tout ce qui est grande précarité ». Nous

voyons donc globalement qu'il y a une vision d'intégration des services par différents réseaux qui lient différents structures, métiers et approches.

4 La situation actuelle à Aix-la-Chapelle et Liège – des modes de consommation changeants

Comme nous l'ont dit l'ensemble des intervenants interviewés, et ce que l'on constate aussi dans les rapports européens (OEDT, 2018), la consommation a beaucoup changé à la fois au niveau des produits, mais aussi dans la manière d'être visible, c'est-à-dire les lieux de consommation sont plus difficilement identifiables. On voit aussi apparaître la notion du polyusage (Hoareau, 2018 : 513-540), même si elle était déjà présente dès les années '60, les modes de consommation tendent plus vers une diminution de l'héroïne entre autres dû à la consommation grimpante de marijuana, extasy, amphétamines etc. Aujourd'hui on parle d'ailleurs plutôt d'addiction, ou d'assuétudes, pour enlever le focus du produit vers une certaine dépendance à des modes de vie et la consommation bien plus variée.

Les acteurs de terrain dans les deux villes voient leur population vieillir, comme le dit : « Ici, on a très peu de jeunes qui rentrent dans la toxicomanie, drogues dures... où on ne les voit pas ici... on a plutôt une moyenne d'âge autour de 40 ans, et plusieurs qui ont plus de 60 ans. Les jeunes ce n'est pas forcément héroïne-cocaïne, il y a d'autres produits ». Pour notre intervenant, il y a aussi des changements au niveau de l'accessibilité de certains produits : « Le rohypnol, diprax, valconal a disparu... Il y a un contrôle plus strict de l'ordre des médecins et aussi pharmaciens, quant aux prescriptions abusifs ».

Une représentante d'un service d'accompagnement relate le même phénomène : « Au niveau sociologique, c'est une population super vieillissante, on a une moyenne d'âge de 47 ans, d'année en année cela fait augmenter... Et là on se trouve devant la question, qu'est-ce que l'on va faire ? Ce sont des personnes qui ne sont pas admis dans les maisons de repos classiques, qu'est-ce que l'on va faire alors ? ». Une population d'utilisateurs d'héroïne vieillissante cela invite aussi à penser de nouveaux liens avec le secteur de l'aide aux personnes âgées et de questionner l'accessibilité de ces types de services.

En même temps, cette question de vieillissement soulève aussi la question d'où sont les jeunes ? D'abord le poly-usage est mis en avant par l'ensemble des personnes interviewées, comme le dit un intervenant à Aix-la-Chapelle : « maintenant ce n'est presque plus que cocaïne et autre chose, il y a beaucoup de produits de synthèse, et là c'est d'autres personnes, on ne les a pas dans les services, on peut commander par internet, c'est autre chose et c'est en pleine expansion. L'alcool qui est vraiment le fléau, ce n'est pas considéré comme une drogue dure dans la tête des gens, alors on est en étant abstinent de l'héroïne, on se dit on boit de la bière, que ça passe, on décroche un produit pour remplacer un autre ». Ou comme le dit un intervenant liégeois : « Aujourd'hui c'est surtout la polytoxicomanie, et aussi les problèmes liés à la santé mentale, les double diagnostics, ... ». Une autre intervenante liégeoise : « On a aussi plus de double diagnostics, je ne sais pas si on les repère mieux ou si c'est vraiment plus, mais de nouveau, il y a un vide... On les retrouve dans notre service, alors soit c'est la consommation qui a relevé la maladie existante, ou soit c'est l'arrêt de la conso ou de la méthadone qui révèle alors ». On voit donc à la fois que la consommation devient plus complexe et les diagnostics élaborés aussi (que ce soit dû à une meilleure détection ou une augmentation du phénomène), les intervenants (et les consommateurs aussi) ont plus de difficultés de détecter

comment le poly-usage agisse sur les personnes, qu'est-ce qui est problématique ou pas ? Comment apporter une aide adéquate ? Comme le dit une intervenant, qui se demande à la fois si l'on doit attendre qu'une demande émerge ou plutôt choisir d'autres orientations pour être plus proches des jeunes : « Je pense que l'on croît qu'on gère, la demande arrive tardivement... Le fait qu'il n'y a plus d'héro, des nouvelles drogues de synthèse, qu'il y a des drogues festives, ces gens-là ne viennent pas dans les services, ils commandent par internet, ils bougent moins. Les jeunes qui viennent c'est souvent pour la cocaïne, mais ils n'accrochent pas. Ils viennent mais ils ne restent pas, cela se trouve que l'on va les revoir dans cinq peut-être avec une demande plus claire... il y a le Réseau risquez moins, c'est un réseau de réduction de risques en événement festif, on va là où se trouvent les jeunes, à la saint Nicolas, dans le carré, dans certaines fêtes, ... Donc il faut penser l'élargissement des choses, il faut alors repenser la formation, pour adapter la prise en charge ».

Tous les services contactés mettent en avant la difficulté de joindre les consommateurs plus jeunes, ce constat du « non-recours » aux services d'aide spécialisé en toxicomanie fait écho à ce qu'il est constaté au Québec. Une équipe de recherche a réuni les savoirs pour penser l'aide en faveur d'un fonctionnement en services intégrées, et d'une présence de personnes spécialisées dans les services de première ligne (Brochu, Landry et Patenaude, 2012). Ils plaident en faveur d'un « continuum des services » qui dépasse les services spécialisés en usage de drogue, afin de mettre en place une approche réceptive qui permet de mieux prendre en compte de manière préventive l'émergence de comportement addictives.

5 Les collaborations des travailleurs sociaux avec d'autres secteurs et métiers connexes – vers des approches intégrées ?

La co-habitation entre les logiques répressives et liés aux soins centrés sur la personne ont été l'un des enjeux majeurs dans les deux contextes étudiés. Autour des « lieux de la scène » s'installent des formes de coopération et de conflit. On y voit clairement que le travail social dépasse largement son orientation de service pour agir avec un réseau plus élargi d'intervenants. Deux questionnements nous intéressent particulièrement quant à la mise en place d'une approche intégrée (De Ruyver, 2009) : D'abord, qu'en pensent les acteurs de terrain d'un regroupement de services ? Est-ce nécessaire et quelles autres formes sont envisageables pour arriver à un « continuum » de l'aide proposée ? Puis, est-ce qu'il est mieux de centraliser et d'être proche de la « scène » ou faut-il plutôt envisager de décentraliser dans la vision d'une proximité avec les milieux de vie de personnes ?

Quant à l'idée d'un regroupement de services, un intervenant liégeois nous répond : « Est-ce que l'on peut encore parler encore de dispersion ? il y a trois centres sur Liège, ici c'est les usagers les plus précarisés. Les deux autres fonctionnent avec un public un peu différent. Donc, c'est plutôt complémentaire. Il y avait l'idée de décentraliser notre centre en petites annexes. C'était la politique de Maastricht en dans les année 90, des plus petites structures pour se fondre dans le quartier, qu'ils soient des résidents de quartier « normaux ». Ce qui importe plus c'est d'aller vers les usagers et d'avoir des personnes qui sont capables de faire le lien entre les structures, comme le dit un intervenant de la pratique de détacher des éducateurs de rue à partir de différents services : « cela a permis de prendre en charge une population qui ne se déplaçait pas vers les structures d'aide, là c'est les structures qui allaient vers les populations, donc cela a permis une accroche pour les personnes les plus désinsérées. Et aussi de faire le lien entre différentes organisation, l'utilisateur était au centre autour duquel se réunissaient les services ». De manière plus spécifique, on voit le rôle des éducateurs de rue aussi avancer dans un sens vers une logique plus territoriale ou communautaire : « Les éducateurs de rue ont une méditation entre l'utilisateur, le riverain et les services.

La notion du travail en réseau semble aller de soi pour l'intervenant d'un service à bas seuil liégeois : « On travaille aussi avec d'autres services, ce fameux maillage, des services qui interviennent auprès des personnes précarisées, que ce soit au niveau du logement, la satisfaction des besoins concrets des personnes précarisées. On ne fait pas tout. On ne veut pas créer ce créneau, on fait du bas-seuil, avec quand-même comme premier principe la libre adhésion ». Comme le dit une autre intervenante : « Le travail en réseau fonctionne bien, mais c'est la pénurie qui rend les choses compliquées. S'il faut attendre 6 mois pour avoir un diagnostic, c'est... Alors maintenant il y a des équipes mobiles en urgence qui peuvent aller à domicile, il y a le PSY 107, cela bouge, il y a des choses qui se mettent en place. On collabore avec le Relais social, il y a le projet housing first ... ». Des pistes en termes de regroupement de services ne sont pas privilégiées par l'ensemble des intervenants liégeois interviewées : « Je pense que l'on est réfractaire à ce genre de trucs, ce qu'ils nomment la mutualisation des moyens, je pense que l'on a toujours fait cela, se prêter des choses, essayer de se mutualiser, de s'organiser etc. Ce qui fait peur, c'est qu'on leur demande plus pour moins. Donc on a toujours fonctionné avec les réseaux de prêt, cette nouvelle politique avec cette contrainte de fonctionner comme cela ». Elle met en avant l'autonomie, la marge de manœuvre pour mettre en place un travail social de qualité, et aussi, pour avoir de la satisfaction personnelle dans son travail. Les intervenants mettent beaucoup plus en critique l'évolution globale de la société et les modes de financement du travail social et des politiques structurelles : « De façon générale, et cela n'a rien à voir avec notre public, le contexte social, politique, économique... fait que l'on doit de plus en plus justifier des résultats à la place de la qualité du travail social. Cela transforme le travail social, on est toujours obligé de trouver des arts de faire [t Stevens & Vanderleene, 2018] des petits flous, des zones émancipatrices dans lesquels on peut s'engouffrer pour faire du travail de qualité. On est devenu des artisans ! On bricole pour essayer de faire du travail de qualité, par rapport à ce que l'on apprend à l'école, cela devient de plus en plus compliqué au niveau du terrain ! ». Plus largement, les extraits montrent aussi quelque part les limites en termes d'intégration de services, en ce qu'ils mettent en avant la multitude de différents acteurs dans des secteurs avec des logiques spécifiques.

A **Aix-la-chapelle** on constate qu'un regroupement des tous les services d'aide aux usagers de drogue a été mis en place à travers un appel à offres de la ville d'Aix-la-chapelle. Des organisations de travail social liées aux piliers protestant et catholique ont emporté le marché. Même s'ils reprennent plus ou moins les mêmes fonctions, on voit un élargissement de leurs approches vers des approches préventives et liés à tous types de consommation (drogues légales et jeux) et différentes tranches d'âge où situations de vie. Comme le dit le représentant actuel, « L'aide aux usagers de drogue a été centralisée. Il y avait un conglomérat de différents services, allant de petits services, vers des offres publiques de la ville et des services liés aux grands organismes ecclésiales. A travers la centralisation, on a pu mutualiser les aides, je ne dirais pas professionnalisé, c'est trop jugeant, mais le travail a pu être mieux coordonné. On a un système de gestion de la qualité, allant du travail de bas seuil jusqu'au travail post-cure. Notre organisme couvre donc l'ensemble du spectre de l'aide aux usagers ». L'interlocuteur voit de meilleures possibilités pour un travail social de qualité. Les principes d'intégration des services, de continuum des aides et de la coordination avec d'autres acteurs selon des principes approuvés de travail social sont ici centrales.

Le travail de proximité en lien avec les habitants de la ville sont assez mis en avant à travers l'idée de changer le regard sur les usagers de drogues et de leur place dans la ville. Concernant les éventuelles problèmes de voisinage, l'interlocuteur nous répond : « Et on leur dit : « si vous avez un problème, dites-nous ! » On a alors des éducateurs de rue, des personnes qui vont rassembler les seringues, d'autres peuvent nettoyer. Donc cela ne fait aucun sens d'amener la scène aux abords de la ville, cela ne fonctionne pas, donc je pense que notre modèle fonctionne assez bien. [...] « On a le grand centre commercial derrière, c'est censé être un grand attrait touristique, et on pourra dire que l'on gêne, mais

notre idée était de mettre en place un projet de jardinage. On a maintenant six endroits de plantation, on améliore l'environnement, on ouvre notre centre à ce que les gens n'ont plus peur de venir. Et on essaie d'être un voisin actif et respecté, ce qui nous rend aussi moins dépendant de la politique... Ce qui a l'avantage de montrer que l'on existe, que l'on ne peut pas ignorer la toxicomanie, mais en même temps cela redonne une place dans la société à nos usagers-citoyens ! On interprète notre travail ici comme assez orienté vers la communauté, cela veut dire que l'on ne veut pas s'arrêter à nos murs, mais notre voisinage fait partie de notre zone de travail, et plus loin aussi ».

6 Conclusion

Nous avons donc vu un changement assez important allant des premiers travailleurs sociaux (et médecins) qui alertaient les pouvoirs publics de l'importance de mettre en place de nouvelles pratiques d'intervention. A travers les décennies, s'est construit dans les deux villes des approches envers les usagers de drogue à la fois spécialisé dans la réduction des risques et à bas seuil pour être le plus proche des consommateurs, tout en fonctionnant dans un milieu où la répression de la consommation reste bien d'actualité.

En même temps, les travailleurs sociaux fonctionnent en permanence dans un réseau où se confrontent différentes logiques d'intervention. Ils doivent négocier leurs marges d'actions avec des services non seulement liés aux différents spectres de l'aide aux personnes mais aussi liés à la santé publique, le monde politique, la recherche, le monde juridique, avec la police et les services de l'ordre, avec les habitants, les commerçants etc. La question de comment faire partie dans une politique intégrée tout en gardant sa spécificité restent d'actualité.

Et l'histoire n'est pas finie, vu les changements en termes des modes de consommation des jeunes, tendant vers le poly-usage, et l'importance du « non-recours » de ceux-ci quant aux formes d'aide, ils sont aussi amenés à mettre à jour leurs pratiques.

7 Bibliographie

- Kokoreff, Coppel & Peraldi. (dir.) (2018). *La catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne*. Editions Amsterdam.
- Schmid, M. (2003). *Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970 -2000*. Frankfurt:Campus Verlag.
- Lequarré, F., Verjans, P. (1996). « Les drogues prohibées », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1996/1 (n° 1506-1507), p. 1-48.
- Jeanmart, C. (2009). Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques. *Drogues, santé et société*, 8(2), 233–265.
- Jeanmart, C. (2008). « Entre cadre légal et pratiques de consommations. L'usage de drogues illicites en Belgique francophone », *Déviante et Société*, 2008/3 (Vol. 32), p. 285-302.
- Bollette, P. (2018). *Evolution et diversification de l'offre thérapeutique aux usagers de drogue à Liège- quelques repères historiques*, Document de travail.
- Stöver, H., (2011). Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe. In: Schäver &Stöver (2011). *Drogen | HIV/AIDS | HePATITIS | ein Handbuch*. Deutsche Aids Hilfe e.v.
- Schäver &Stöver (2011). *Drogen | HIV/AIDS | HePATITIS | ein Handbuch*. Deutsche Aids Hilfe e.v.

Demaret, Litran, Magoga, Deblire, De Roubaix, Quertemont, Van Caillie, Dubois, Lemaître & Anseu, (2013). *Projet TADAM – Rapport final 2007-2013*, Ministère fédérale de la Santé publique, Université de Liège, Ville de Liège.

Decorte, De Ruyver, Ponsaers, Bodein, Lacroix, Lauwers & Tutteleers. (2004). *Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken*. Gent: Academia Press, 301.

Morenville, C. (2013). Relais sociaux: de l'urgence à l'insertion. *Revue Démocratie*.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2018). *Rapport européen sur les drogues 2018: Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Hoareau, E., (2018), Les raveurs, l'héroïne et le poly-usage, in: Kokoreff, Coppel & Peraldi. (dir.) (2018). *La catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne*. Editions Amsterdam, pp. 513-540.

Brochu, Landry & Patenaude, (dir.) (2012). *L'intégration des services en toxicomanie*. Presses de l'Université de Laval, collection Toxicomanies.

De Ruyver, Lemaître, Born, Ponsaers, Pauwels, Vander Laenen, Vanderplasschen, Van Malderen, Chapeau, Vindevogel, Cammaert, Moës, Devue, Vandam (2009). *"Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée sur les drogues" Rapport final*. Politique scientifique fédérale.

ⁱ C'est le seul service à bas seuil à Aix-la-chapelle, qui intègre d'ailleurs aussi depuis peu l'aide aux personnes sans domicile.

ⁱⁱ Notons par ailleurs que ce n'est pas le cas pour la consommation de l'alcool qui est bien décrite dans d'autres sources.

ⁱⁱⁱ Notons que le service d'échange de seringues est passé d'environ 300.000 seringues par année en 2001 à environ 100.000 en 2017 (Rapports d'activités des années en question. Même s'il y a une forte diminution, il y a toujours un nombre important de seringues échangées.

^{iv} Notons encore que nous ne pouvons pas par manque de place intégrer dans cet article les influences venues des organismes telles que les Nation Unies, la Commission Européenne et d'autres organismes internationaux.