

## **Table-ronde 2**

### **Prendre en charge les addictions avec le droit plutôt que malgré le droit ou contre le droit**

#### **1<sup>ère</sup> partie - Attentes des praticiens des secteurs médico-social et de la justice à La Réunion**

**José ALAMELOU**

*Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation*

**Dr François APPAVOULOULE**

*Psychiatre des Hôpitaux,  
Médecin-Chef du Pôle Est à l'Etablissement Public de Santé Mentale à La Réunion (EPSMR)  
et Membre du Conseil Scientifique de l'association SAOME*

**Dr Armelle CROSSE**

*Docteure en pharmacie, Membre du Conseil d'Administration du Réseau Oté !  
et Membre du Conseil Scientifique de l'association SAOME*

**Frédéric DURAND**

*Directeur des services territoriaux éducatifs en milieu ouvert de Saint-Denis  
Protection Judiciaire de la Jeunesse*

**Diane GEINDREAU**

*Conseillère Technique Santé  
Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse*

**Dr Patrice HEMERY**

*Médecin généraliste, Président du Réseau Oté !  
et Membre du Conseil Scientifique et Président par intérim de l'association SAOME*

**Marie-Line LADERVAL**

*Infirmière diplômée d'Etat, Coordinatrice à l'unité psychiatrique de liaison d'urgence (UPLU) à l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR)*

**Dr William LEDERER**

*Chef de service Addictologie au Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER)*

**Nathalie LAOT**

*Educatrice « allon deor », intervenante côte Nord-est*

Les praticiens, qu'ils soient issus de la sphère du « médical », du « social », de l'« éducatif » ou du « judiciaire » ont tous pour objectif d'accompagner la personne, usager, toxicomane, malade, dans un parcours qui tend vers une réduction des risques et des dommages liés à l'usage de stupéfiants.

Tout un chacun a bien conscience qu'un sevrage immédiat et une abstinence complète sont le plus souvent illusoires. L'accompagnement n'a pas uniquement pour objectif d'imposer à l'usager un arrêt de sa consommation de stupéfiants, pas plus d'ailleurs qu'il n'a pour but d'encourager cette consommation. Il vise à rendre la consommation la moins nocive possible, pour l'usager comme pour autrui.

Il s'agit d'un accompagnement de longue haleine, qui nécessite pour les praticiens de poser un regard consensuel, de respecter le patient dans son intimité de vie avec les drogues d'une part, et de rappeler d'autre part les limites physiologiques, sociales et légales de son comportement dans un souci permanent de réduction des risques et des dommages. C'est un accompagnement qui implique une relation de confiance entre le praticien et l'usager-patient-probationnaire.

Quelle place le droit occupe-t-il dans cet accompagnement ? Comment le cadre légal est-il perçu ?

*La relation droit / usager de stupéfiants* : Il est clair que le droit, parce qu'il s'intéresse davantage aux conséquences sociétales des usages de drogues, appréhende bien souvent l'usager comme un délinquant. L'usager est vu comme une personne se situant hors du cadre légal, un consommateur de produits illicites, qui parfois mésuse de médicaments, avec un mode de vie qui souvent le marginalise du milieu dont il est issu jusqu'à une précarisation de sa position sociale. De son côté, l'usager voit dans le droit, une menace, une contrainte, une

punition, des interdits. Parfois même, il ne considère pas sa conduite comme illégale.

La question se pose alors : qu'en est-il de la perception des praticiens, des professionnels quant à la réduction des risques ? Depuis un siècle, des lois sont apparues sur la répression des usages de stupéfiants. Les praticiens apparaissent parfois comme des « *funambules* » qui progressent « *entre répression et réduction des risques* ». Les pratiques interrogent le droit et conduisent à deux constats :

Dans la pratique, le droit (peut-être parce que mal adapté, en décalage sur certains points, contradictoire en ce qu'il pose une exigence sanitaire première et prône essentiellement la répression) va être regardé comme un frein voire un obstacle à l'objectif de la réduction des risques et des dommages. L'accompagnement se fait alors à la « limite du droit » voire parfois « hors du droit » (I).

Pour autant, et ce n'est pas antinomique, le droit peut apparaître comme un outil, un moteur, un moyen, pour le praticien dans l'accompagnement vers une réduction des risques et des dommages (*comme par exemple dans l'hypothèse des obligations de soins*). A cet égard, celui-ci va se faire alors « dans le droit » et/ou « avec le droit » (II).

## **I.- Un accompagnement vers une réduction des risques et des dommages à la limite du droit ou hors du droit**

Les praticiens peuvent être en porte-à-faux avec le droit lorsqu'il s'agit d'accompagner le patient vers une réduction des risques et des dommages. Le droit positif leur apparaît parfois comme un vecteur de difficultés dans la mesure où il lui arrive de se mettre au travers de la relation praticien / patient-usager, de remettre en cause un bon suivi médico-social voire d'annihiler les bénéfices déjà obtenus avec le patient-usager.

Devant l'enjeu qu'est la réduction des risques, des praticiens peuvent décider, au cas par cas, d'être hors du droit - *exemple des soignants* - (A) ou à la limite du droit - *exemple d'une éducatrice sociale* - (B).

### **A.- Un accompagnement parfois hors du droit par les « soignants »**

Médecins et pharmaciens se font souvent l'écho de difficultés qu'ils peuvent rencontrer en matière de traitement de substitution des opiacés (TSO) - *cas de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage (Subutex®)* - (1) comme en matière de médicaments détournés de leur usage (MDU) (2).

## 1 – Les difficultés de la pratique en matière de TSO – la méthadone

L'un des buts d'une substitution par la méthadone est la diminution de la consommation d'opiacés de l'usager mais également la réduction et/ou l'abandon des conduites à risques associées à cette consommation ainsi que l'amélioration du lien social.

Les traitements de substitution aux opiacés par la méthadone sont, d'un point de vue légal, strictement encadrés : ils sont en principe initialisés en milieu hospitalier ou en CSAPA par des équipes spécialisées, avec des ordonnances sécurisées théoriquement infalsifiables, une délivrance quotidienne sur place avec titration de la dose initiale nécessaire et suffisante au patient, une surveillance particulière pendant le traitement et un relais entre un CSAPA et la médecine de ville.

Sur le papier, tout est parfaitement cadré. Dans la pratique toutefois les choses diffèrent et les « soignants » sont parfois contraints de se positionner hors du droit.

**1<sup>er</sup> exemple – Assurer le relai de la prise en charge de patients mauriciens traités par méthadone à l'île Maurice.** Ce sont des patients qui possèdent une ordonnance en bonne et due forme de leur médecin mauricien. Que se passe-t-il lorsqu'ils sont à La Réunion en sachant que la législation vis à vis de ce médicament est différente à l'île Maurice et La Réunion ? que faut-il faire ?

- Rester dans le droit et les envoyer vers un hôpital ou un CSAPA pour une initialisation retardant alors une prise en charge qui pourtant a été faite dans leur pays d'origine de manière tout à fait légale ?
- Renouveler l'ordonnance telle qu'elle a été faite par le médecin mauricien, y compris si cela contrevient aux règles françaises ?

Dans la pratique, les médecins renouvèlent parfois l'ordonnance afin que le traitement initial se poursuive dans le but d'un suivi médical cohérent.

**2<sup>ème</sup> exemple – Accompagner un patient mauricien séropositif VIH et VHC vivant à La Réunion et prenant du Subutex® depuis des années, réticent à opter pour un traitement à la méthadone.** Après un séjour à l'île Maurice et la prise de méthadone (ou plutôt de « *métha-bave* » dans la rue), le patient revient au cabinet médical avec une expérience « positive » du traitement à la méthadone. Néanmoins, il ne peut obtenir de rendez-vous au CSAPA avant une semaine. Que faire devant cette urgence, en attendant le rendez-vous ?

- Orienter la personne vers un hôpital ce qui n'est pas réellement adapté mais ce qui permet de rester dans la légalité ?

– Organiser un relais temporaire en accord avec l’officine du quartier, avec délivrance quotidienne, jusqu’à la consultation du CSAPA tout en sachant qu’il s’agit d’une prise en charge hors-cadre sur la réglementation, mais qu’il s’agit toutefois d’une prise en charge logique et humaine sur le plan éthique<sup>1</sup> ?

En pratique, c’est souvent la seconde option qui est choisie par le soignant à l’encontre du droit mais en faveur de la santé du patient.

### **3<sup>ème</sup> exemple – Garantir le « dépannage » de méthadone en pharmacie.**

Que faire lorsqu’un samedi, le médecin n’étant plus là pour faire une ordonnance, le patient se tourne vers la pharmacie pour qu’on lui avance le traitement ?

Légalement le pharmacien ne peut faire une telle délivrance puisque la délivrance par procédure exceptionnelle est interdite pour la méthadone<sup>2</sup>. La seule solution qui lui soit offerte juridiquement est d’orienter le patient vers les urgences ou SOS médecin. C’est ce qui a été choisi. Toutefois, lorsque le patient revient le lundi, le pharmacien constate qu’après une longue attente à l’hôpital, il a été « mis sous » sulfate de morphine (Skenan®), un produit certes opiacé mais qui n’est pas celui utilisé habituellement ce qui a eu pour résultat de le déstabiliser. Dans cet exemple, le fait de rester dans le droit a conduit à une prise en charge non optimale des besoins thérapeutiques du patient.

De même, concernant un patient stabilisé, quelle attitude choisir face à une demande de « dépannage » du nombre de gélules nécessaires et suffisantes pour gérer un week-end en l’absence de prescripteurs ? Le patient doit-il « subir » un arrêt brutal de son traitement avec risque de syndrome de manque faute de prescription et refus de délivrance en l’absence de celle-ci ?

Les pharmaciens qui prennent le relais sont alors hors cadre légal et tout contrôle de sortie de médicaments stupéfiants du stock peut entraîner pour eux des conséquences juridiques graves. En ce cas particulier, le choix a pu être fait, exceptionnellement, d’accompagner le patient, toujours dans une relation d’écoute et de confiance.

Les décisions sont délicates à prendre, les cas de conscience réels. Lorsqu’un accompagnement hors du droit semble préférable au praticien, c’est un accompagnement qui privilégie le patient et sa santé en répondant à ses besoins et ses attentes (ne pas le laisser souffrir ; lui faire confiance). A terme, décider d’être hors du droit peut parfois favoriser une relation qui va s’inscrire dans la durée et la logique de réduction des risques.

---

<sup>1</sup> Voir Code de déontologie, article R. 4127-8.

<sup>2</sup> Décret du 5 février 2008.

## 2 – Les difficultés de la pratique en matière de MDU

Les médicaments détournés de leur usage pour se procurer un « effet » ne sont pas des stupéfiants. En principe, ils sont utilisés dans le cadre du traitement de maladies et sont délivrés sur ordonnance. Leur utilisation détournée se fait en règle générale par une poly-consommation (*exemple d'un patient poly-consommateur - alcool, zamal, Artane®, Rivotril®, etc... - très désocialisé, craint dans son quartier, qui relève de la petite délinquance et qui s'est longtemps fourni dans la rue*).

Que faire d'un tel patient ?

- Le laisser « dériver » et continuer de se fournir dans la rue aux risques qu'il s'enfonce un peu plus ?
- Une prescription d'Artane® a pu être faite, hors cadre légal, mais dans le cadre d'une réduction des risques sur le plan médical et social avec mise en place d'un cadre-contrat précis co-construit entre le patient, le médecin et le pharmacien avec délivrance quotidienne.

Les soignants, encore trop rares, engagés dans cette démarche de réduction des risques et des dommages, ne peuvent subir en permanence la menace de l'épée de Damocles d'une loi inadaptée qui pourrait à la longue, les faire renoncer à leur éthique de santé publique envers une population vulnérable dépendante aux psychotropes.

### **B.- Un accompagnement parfois à la limite du droit par les « éducateurs sociaux »**

La mission première d'un éducateur social est de proposer un accompagnement socio-éducatif qui vise à favoriser l'insertion sociale de la personne par le biais du logement. Ceci se fait à travers une approche globale répondant à une notion de santé. Il peut fréquemment s'agir d'accompagner des personnes ayant des besoins complexes, cumulant des problèmes de santé, des maladies mentales et des problématiques d'addictions vers une pleine participation à la vie sociale. L'éducateur social peut rapidement se retrouver « à proposer des accompagnements à la réduction des risques à la limite du cadre de la loi et de ses fonctions ».

**1<sup>er</sup> cas clinique évoqué** – M. X, orienté par un CSAPA. La personne est dans un état de santé altéré. Il avoue avoir consommé depuis une semaine de la cocaïne et de la MDMA. Un entretien sur la réduction des risques est réalisé (*information sur les risques liés aux interactions entre diverses substances psycho-actives et mise en avant des risques du mélange de ces substances avec*

*son traitement*). Des questions sont posées sur le mode de consommation. M X explique avoir « sniffé » et partagé sa consommation sur un billet de banque avec d'autres consommateurs. Une information est alors faite sur les risques encourus sur la santé des multiples consommateurs et les éventuelles transmissions de maladies ainsi que sur le fait qu'il existe des méthodes « *plus propres* » et « *moins dangereuses* », à savoir l'utilisation de paille à usage unique. L'éducateur qui détient ce matériel de réduction des risques propose donc à M X de lui en fournir. La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure, proposer du matériel de réduction des risques, pourrait être considéré comme une incitation, une provocation à la consommation, comportement juridiquement réprimé ? L'éducateur est-il allé au-delà des fonctions qui sont les siennes ? N'est-il pas en infraction aux yeux de la loi ? Aurait-il dû, pour rester dans son cadre, orienter la personne vers un CSAPA ou un autre service traitant des addictions au risque que l'intéressée n'y aille pas ? Il a finalement opté pour une réponse basée sur la réduction des risques qui lui semblait la plus opportune permettant de renforcer le lien de confiance, libérant la parole, ce qui a permis d'effectuer un travail pérenne et un suivi par la suite.

**2<sup>ème</sup> cas clinique évoqué** – M. Y doit être accompagné à une convocation devant le juge d'application des peines. Arrivé chez lui, l'éducateur le trouve très angoissé. Il déclare qu'il a des rapports compliqués avec la justice et qu'il lui faut son « *calmant* » pour pouvoir y aller. Il sort son rouleau de « *zamal* » et se prépare un joint. L'éducateur lui explique qu'une telle attitude n'est pas appropriée, qui plus est, juste avant un rendez-vous avec le juge et que cela est contraire à son obligation de soins. Il lui demande s'il est en capacité de différer sa consommation après la rencontre avec le juge. Il déclare ne pas pouvoir et propose alors « *de ne fumer qu'une taffe pour se calmer un peu* ». La difficulté réside ici dans le fait que la personne que l'éducateur doit accompagner devant un juge est sous l'emprise de stupéfiants et que l'éducateur a été témoin de cette consommation. Peut-on y voir une forme de complicité ? Plusieurs options se présentaient :

- Observer le cadre de la loi jusqu'au bout, aller à la confrontation et refuser d'accompagner la personne à sa convocation ;
- Être dans la réduction des risques, entendre la personne et son besoin de « *taffe calmante* » et l'accompagner pour éviter que son projet ne périclite.

L'éducateur a finalement opté pour une réponse basée sur la réduction des risques. Le lien de confiance s'est renforcé, un travail de gestion des angoisses de la personne a pu être amorcé et ont été trouvées des alternatives légales à la prise de stupéfiants.

**3<sup>ème</sup> cas évoqué** - Accompagnement physique d'une personne dans le véhicule personnel de l'éducateur. L'utilisateur a différents stupéfiants dans une boîte

pour sa consommation. Pendant le trajet, l'usager laisse tomber sa boîte que l'éducateur retrouve le soir sous le siège de sa voiture. Pendant toute une journée, l'éducateur a été en possession de produits stupéfiants sans le savoir. S'il avait subi un contrôle de police ou un contrôle douanier, comment se serait-il comporté ? Aurait-il cherché à se dédouaner en expliquant que les substances ne sont pas à lui mais appartiennent à la personne transportée le matin même ?

*Quel constat peut-on tirer de ces expériences d'éducateurs dont il est fait écho ici ?* Dans la pratique, par choix d'une posture professionnelle consistant à penser en premier lieu au bien-être de la personne à accompagner, il est possible de se retrouver à accompagner les personnes malgré leur consommation et avec leur consommation. Ceci peut placer l'éducateur à la limite du cadre de la loi et de ses fonctions dans l'optique finale de ramener la personne dans le cadre de la loi et vers une démarche de soins.

### **Conclusion des pratiques « hors le droit » et à « la limite du droit » :**

Ces exemples semblent démonstratifs de « *l'effet funambule* » de l'alliance collaborative - depuis tant d'années - entre la répression et la réduction des risques. Ils traduisent une certaine inadaptation du droit qui ne prend pas en compte les besoins des praticiens.

Des propositions sont avancées : organiser des rencontres - tel que ce colloque - afin d'échanger les points de vue des divers intervenants et peut-être, à l'écoute de chacun, se rassurer quant à sa propre pratique ; établir des protocoles de suivi éthique dans l'esprit d'une co-construction d'un cadre mouvant qui implique une écoute et une souplesse de chacun tout en respectant la loi (en d'autres termes, trouver une sorte de « cadre élastique », un espace entre soins et répression qui permette l'accompagnement du patient, et où chacun puisse assumer ses responsabilités respectives vis à vis de cette loi et conserver en toute sécurité, une attitude éthique vis à vis du patient) ; envisager une nouvelle législation protectrice des professionnels de la réduction des risques et des dommages.

L'inadaptation du droit n'est cependant pas absolue. Il est de nombreux cas où l'accompagnement vers une réduction des risques et des dommages se fait dans et avec le droit. Le droit n'est donc plus une menace ou une difficulté mais devient un vecteur, une aide.



## **II.- Un accompagnement vers une réduction des risques et des dommages dans et/ou avec le droit**

La prise en charge dans la perspective d'une réduction des risques et des dommages dans le droit signifie que l'ensemble des prescriptions légales et réglementaires qui s'imposent aux praticiens sont acceptées et respectées. L'accompagnement avec le droit va plus loin : il s'agit pour les professionnels non plus seulement d'accomplir leurs fonctions dans le droit, mais aussi de mobiliser le droit, de faire en sorte qu'il serve à la réduction des risques.

Ces deux « visions » du droit ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Certains professionnels vont être dans le droit sans nécessairement être avec le droit (A). D'autres, en revanche, vont être dans le droit et avec le droit (B).

### **A.- Un accompagnement dans le droit, sans être nécessairement avec le droit**

Soignants - médecins et infirmières - qui interviennent au service des urgences psychiatriques, confrontés à la prise en charge et l'évaluation de patients qui arrivent sous l'empire de stupéfiants « travaillent dans le droit ».

**L'exemple d'une prise en charge dans le cadre de soins sans consentement montre que leurs décisions sont adoptées dans le cadre de la loi.** Un patient de 22 ans, sans antécédents psychiatriques connus, est amené par les forces de l'ordre suite à un comportement violent. A son arrivée aux urgences du Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER), le patient est sthénique, avec des propos délirants de persécution, une absence totale de critique, prononçant des menaces de mort vis-à-vis de son entourage. Les médecins ont une attitude d'écoute et le patient reconnaît une poly-toxicomanie (*alcool, cannabis, médicaments détournés de leur usage*). Après une sédation chimique et mise sous contentions physiques, le patient est transféré en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) à l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), en chambre de soins intensifs psychiatriques (CSIP)<sup>3</sup>.

A la fin de la première semaine d'hospitalisation, sans consommation de toxiques, une nette amélioration comportementale est notée, permettant une levée de la chambre de soins intensifs psychiatriques. Commencent des entretiens avec le patient, sa famille et son entourage. Les parents apparaissent totalement démunis face au comportement de leur fils qui dure depuis plusieurs mois. Après 15 jours d'hospitalisation, le psychiatre demande une levée des soins sous contrainte. Un suivi en ambulatoire, avec relais vers le Centre Médico-

---

<sup>3</sup> La CSIP correspond à la nouvelle appellation des « chambres d'isolement ».

Psychologique (CMP) et une orientation vers le service addictologie du GHER, est proposé au patient.

Dès les premiers jours de sa sortie, le patient reprend ses consommations habituelles. Il ne se présente jamais au suivi ambulatoire. Deux semaines après sa sortie d'hospitalisation apparaissent de nouveaux troubles du comportement avec agressivité au domicile. Au surplus, il se met lui-même et autrui en danger avec conduite de véhicule « *sous effet* ».

Après une nouvelle interpellation, le patient est transféré aux urgences du GHER avec demande insistante des forces de l'ordre à l'urgentiste et au psychiatre d'une nouvelle hospitalisation en soins psychiatriques (SDRE). Le patient est alors de nouveau orienté vers l'EPSMR, toujours sous contrainte. Une seconde prise en charge se fait à l'identique de la première.

Lorsque le patient redevient cohérent, l'équipe soignante constate qu'il présente des traits de personnalité psychopathique. Il déclare avoir pleinement conscience de ses actes, revendique son mode de vie instable. Il se dit « *intouchable* » vis-à-vis de la justice, qu'il ne sera jamais condamné mais qu'il sera plutôt orienté vers une structure psychiatrique. Il relève qu'il n'a aucune envie de mettre fin à ses consommations.

Face à ce tableau clinique le psychiatre demande une levée de la SDRE et une sortie de l'hospitalisation. Un signalement est fait au procureur de la République concernant la dangerosité du patient, l'absence totale de démarches de soins et le fait qu'il ne doit plus être réorienté vers le milieu hospitalier.

A l'évidence, cet exemple clinique établit le respect du droit, la prise en charge du patient-usager-toxicomane dans le droit par les professionnels de la santé. Pour autant, plusieurs remarques peuvent être formulées à la lumière de cet exemple :

\* Tout d'abord, il semble que la collaboration entre « santé mentale » et « forces de l'ordre » est parfois complexe. Les points de vue sont totalement différents : pour les soignants, il y a une psychose pharmaco-induite de la personne alors que les forces de l'ordre voient un patient qui est « fou » sans aller plus en avant rechercher la cause de cet état.

\* Pour rester dans le droit, voire l'éthique, les professionnels de la santé sont tenus par le secret médical. Ils ne peuvent donc pas dévoiler ni expliquer la problématique de santé du patient. Rester dans un cadre juridique strict n'est-il pas alors un carcan ? Ne faudrait-il pas plus de souplesse ?

\* Ensuite des interrogations se posent quant à la collaboration entre « santé mentale » et « justice » qui reste à renforcer. Peut être soulevée la question de

l'intérêt des injonctions et des obligations de soins (*il y a un afflux de personnes vers les centres médico-psychologiques qui arrivent avec des jugements leur enjoignant de venir en consultation pendant une certaine durée – entre 18 et 24 mois - alors qu'en réalité il n'y a aucune démarche spontanée de leur part... les patients ne viennent que pour avoir une attestation de présence*). Peut également être évoquée la question des suites d'un signalement au procureur de la République (*comment le signalement a-t-il été traité ? Est-ce que l'avis des psychiatres a été respecté ? quel retour organiser aux soignants ?*).

Les professionnels de la santé estiment qu'il faudrait encourager le rapprochement entre l'addictologie, la santé mentale et la justice à la lumière des expériences concluantes déjà engagées (*sur le pôle Est, il y a désormais une collaboration efficiente entre le service addictologie du GHER et l'EPSMR ; mise en place de réunions, il y a un an, avec les responsables de la Gendarmerie du secteur Est ; début d'une collaboration avec la vice-procureure par rapport à tous les cas de patients polytoxicomanes dont la prise en charge est particulièrement compliquée, etc.*).

## **B.- Un accompagnement dans le droit et avec le droit**

Construire un parcours dans le droit et avec le droit apparaît comme idéal puisque le professionnel va intervenir dans un cadre légal, sans craindre de devoir enfreindre la loi dans un objectif de réduction des risques, et qu'au surplus la loi va elle-même permettre d'atteindre l'objectif de réduction des risques.

Cet idéal peut-il être atteint ? Rien n'est moins sûr mais les pratiques de certains professionnels semblent aller dans ce sens : ainsi les actions des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (1) et celles des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (2).

### **1 – Un accompagnement des jeunes dans et avec le droit**

Il s'agit ici de la prise en charge des mineurs et de jeunes majeurs par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Cet accompagnement s'effectue « dans le droit » au regard des différentes missions de la Protection Judiciaire de la Jeunesse prévues par le décret du 9 juillet 2008.

\* Elle « *est chargée, dans le cadre de la compétence du Ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et la concertation entre les différentes institutions intervenant à ce titre* ».

\* Elle intervient dans la conception des normes, contribue à la rédaction des textes concernant les mineurs délinquants ou en danger et apporte une aide à la

décision judiciaire. Elle propose des solutions éducatives aux magistrats - juge des enfants, juge d'instruction, procureur de la République -.

\* Elle assure enfin la prise en charge des mineurs qui ont commis des actes de délinquance sous trois axes : en milieu ouvert, dans le cadre de l'insertion et dans le cadre de placement en foyer.

Cet accompagnement s'effectue avec le droit parce que les éducateurs vont se servir de celui-ci pour conduire le jeune-usager-toxicomane vers une réduction des risques.

*Prendre en charge les mineurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse avec le droit en matière de consommation de produits stupéfiants, qu'est-ce que cela signifie ? Ne sommes-nous pas face à une contradiction insoluble ? Comment le dispositif qui a puni le délinquant peut-il être celui qui va l'accompagner et le sortir de sa situation complexe ?*

La loi, le système, le magistrat, les éducateurs, les soignants, ne sont pas - par principe - considérés comme des alliés. Ils sont plutôt source de méfiance, de défiance. Prendre en charge avec le droit, suppose de considérer le droit comme un outil et un moteur, non comme une menace.

La relation éducative suppose une maîtrise du dispositif, de la règle, une posture solide, mais également une souplesse, une adaptabilité et une ouverture. Il s'agit de jongler entre le préventif et le normatif. L'éducateur va chercher à établir une relation avec le jeune. La relation, c'est un lien de confiance, de reconnaissance, c'est un espace de discussion, un espace sécurisant (*sécurisant parce que le jeune a besoin de cet espace pour se questionner, pour faire des erreurs, pour ne pas être jugé et finalement pour avancer*).

La loi ne se suffit pas à elle-même, de même que comprendre un risque grâce à la prévention ne va pas suffire à l'éviter. C'est la raison pour laquelle un travail doit être fait avec le jeune pour développer ses compétences et ainsi diminuer les risques liés à sa consommation.

La Protection Judiciaire de la Jeunesse développe de nombreuses actions. Il s'agit pour des adultes d'accompagner, en étant crédibles, des jeunes qui n'ont pas forcément envie d'entendre le discours donné. Il existe donc un double défi : apporter de l'aide à des adolescents qui refusent cette aide (*exemple : mise en place d'interventions actives (du photo langage, du théâtre, du sport, de la musique) impliquant tout son environnement*). Dans ces interventions les éducateurs s'appuient sur les réseaux de soins et de prévention.

L'adhésion du jeune est alors un processus dynamique et évolutif. Il doit être guidé et soutenu. Le jeune sera mis en situation de s'interroger. Il y a une aide des éducateurs à devenir un sujet responsable. Comment ?

Il faut tenter de se mettre « dans la peau du jeune ». Quel processus adopte-t-il ? Il ne veut pas adhérer, il résiste, il franchit la ligne pour s'affirmer. Face à lui, il a une équipe, un réseau de soignants, des partenaires qui écoutent, le voit flancher et qui pourtant sont encore là. Presque malgré lui quelque chose se passe dans son esprit. Il résiste encore, avance, recule ; les éducateurs sont encore là. De ces allers/retours du jeune, de cette didactique, va naître la possibilité. La loi va insidieusement se positionner différemment dans son esprit, parce qu'elle va s'opposer au jeune, immuable, et parce que l'action éducative va y mettre du sens.

Le jeune va progressivement comprendre que le droit n'est pas le pouvoir d'un adulte qui s'oppose à lui et qui est là pour l'opprimer, mais un ordre symbolique structurant qui peut permettre et pas seulement limiter ou punir

On peut songer notamment à l'exemple des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants. Il s'agit d'une mesure alternative aux poursuites prévue par le Code de procédure pénale. C'est une sanction qui s'inscrit dans le cadre d'une décision de justice.

Les jeunes mineurs appréhendés pour consommation ou détention viennent dans les locaux des services territoriaux éducatifs en milieu ouvert (SEMO) pour recevoir un certain nombre d'informations au travers deux volets : un volet légal, assuré par la brigade de prévention de la délinquance juvénile laquelle apporte un éclairage sur la législation en matière de stupéfiants (*que dit la loi ? pourquoi existe-t-il des interdits ? quelles punitions sont encourues ? qu'est-ce que la récidive ? qu'est-ce qu'un casier judiciaire ? etc...*) ; un volet sanitaire, assuré par le Réseau Oté !, au cours duquel une information sur les risques et les dommages liés aux stupéfiants est délivrée (*il s'agit de mettre au centre du discours la promotion de la santé de l'usager*). Judiciaire et sanitaire se côtoient et s'articulent sans se confondre. L'objectif judiciaire des stages est d'empêcher la récidive car en cas de réitération les sanctions seront alors d'une autre nature, plus répressive.

L'objectif des éducateurs est un objectif de réduction des risques, faire prendre conscience au consommateur des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants, pour lui et pour la société.

Pour autant, il est difficile d'être crédible pour un public qui n'a pas envie d'être là et ce d'autant plus qu'à La Réunion, le « *zamal* » occupe une place particulière dans la société. Les jeunes ont la plupart du temps conscience et connaissance de l'interdiction de la consommation de « *zamal* » par la loi. Mais, au-delà d'une banalisation de la consommation, il existe une utilisation traditionnelle - tisane de grand-mère pour lutter contre certaines douleurs,

tolérance d'élus qui demandent aux forces de l'ordre parfois de ne pas intervenir contre des administrés qui possèdent quelques pieds -. Il peut alors être difficile d'expliquer la nocivité du produit quand les grands-parents utilisent cette plante de manière traditionnelle.

Au-delà la difficulté à être crédible, ce qui est important ce n'est pas que les jeunes qui sortent du stage ne fument plus du tout (ceci semble irréaliste), mais c'est qu'ils sortent en ayant appris à réguler leur consommation, à choisir les moments de leur consommation, les quantités consommées, etc. Selon les éducateurs, la loi est au service de la réduction des risques : *« on se sert de la loi, des délits commis, pour apporter cette information, cet éclairage car l'objectif de la protection judiciaire de la jeunesse c'est de faire des adolescents des citoyens informés, pour qu'ils puissent juger de ce qui est plus ou moins bon pour eux »*.

Toute la portée de la problématique posée consiste à accompagner le jeune consommateur dans sa construction de sujet, qui comprend le soi, le risque pour lui-même et qui comprend l'autre, le risque pour autrui, pour sa famille ou encore pour la société. Il va être capable de penser sa consommation autrement et il va progressivement, grâce à l'action éducative, intégrer le droit non parce qu'il est contraint de le faire mais parce qu'il aura appris à le comprendre. Cela peut sembler un vœu pieu mais c'est l'objectif des éducateurs.

## **2 – Un accompagnement des probationnaires dans et avec le droit**

Accompagner des probationnaires consiste pour un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation à aider les personnes placées sous-main de justice dans leurs démarches d'insertion, à contrôler le respect de leurs obligations imposées par l'autorité judiciaire, notamment, dans le cas d'addictions et d'obligations de soins. Cet accompagnement s'effectue dans le droit dès lors que les conseillers pénitentiaires sont partie prenante d'une décision de justice.

Comment travailler avec la loi ?

Souvent, les personnes condamnées sortent du tribunal sans avoir compris grand-chose à la condamnation : *« c'est quoi le sursis ? la mise à l'épreuve ?, etc. »*. Il faut expliquer les termes, mobiliser le droit.

Il faut également expliquer ce qu'est l'obligation de soins, en quoi elle consiste. Le conseiller d'insertion et de probation détermine qui est susceptible de délivrer le soin, selon la nature du soin préconisé par le tribunal. Il va ainsi passer le relais à une équipe soignante en sachant que, dans l'idéal, il faut que celle-ci évalue à son tour le patient.

Le but final est de prononcer une fin de mesure qui est déjà inscrite dans le jugement et de dire à la personne « *on en a fini et j'espère que vous en avez tiré les leçons qui s'imposent* ».

Cette intervention poursuit une double finalité : prévenir la récidive et apporter une information sanitaire dans le cadre de l'obligation de soins. L'obligation de soins, contrainte imposée le droit, permet d'aller vers une réduction des risques et des dommages.

### **Conclusion des pratiques « dans » et / ou « avec le droit »**

L'ensemble de ces témoignages montrent qu'il est possible de « pratiquer » dans le droit. Bien plus, il existe une rencontre entre droit et réduction des risques et des dommages, le droit n'étant plus alors regardé comme une contrainte négative, mais comme une contrainte positive (*essentiellement par l'intervenant soignant ou l'accompagnant mais beaucoup moins par le condamné*) : il devient une clé pour aller vers la réduction des risques et des dommages.

Les pratiques, l'accompagnement, dans le droit et avec le droit, sont donc sur la bonne voie même si, des pistes d'amélioration peuvent être entrevues :

– un travail nécessaire autour de la notion de « partage » du secret médical/secret professionnel : ce secret reste encore trop souvent une barrière entre les différents protagonistes d'une prise en charge psychiatrique ou autre ;

– une poursuite des efforts entrepris en vue d'une meilleure collaboration, dans le cadre d'une obligation de soins, entre les équipes soignantes (*médecins, psychiatres, urgentistes, infirmiers, pharmaciens, etc.*) et le milieu judiciaire (*forces de l'ordre, éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, conseillers pénitentiaire d'insertion et de probation, etc.*). A cet égard, pourrait être proposée la mise en place de rencontres périodiques entre ces professionnels : magistrats, psychiatres, addictologues, infirmiers, éducateurs, intervenants SPIP, SEMO, CEF, CARRUD, CASAPA, etc.